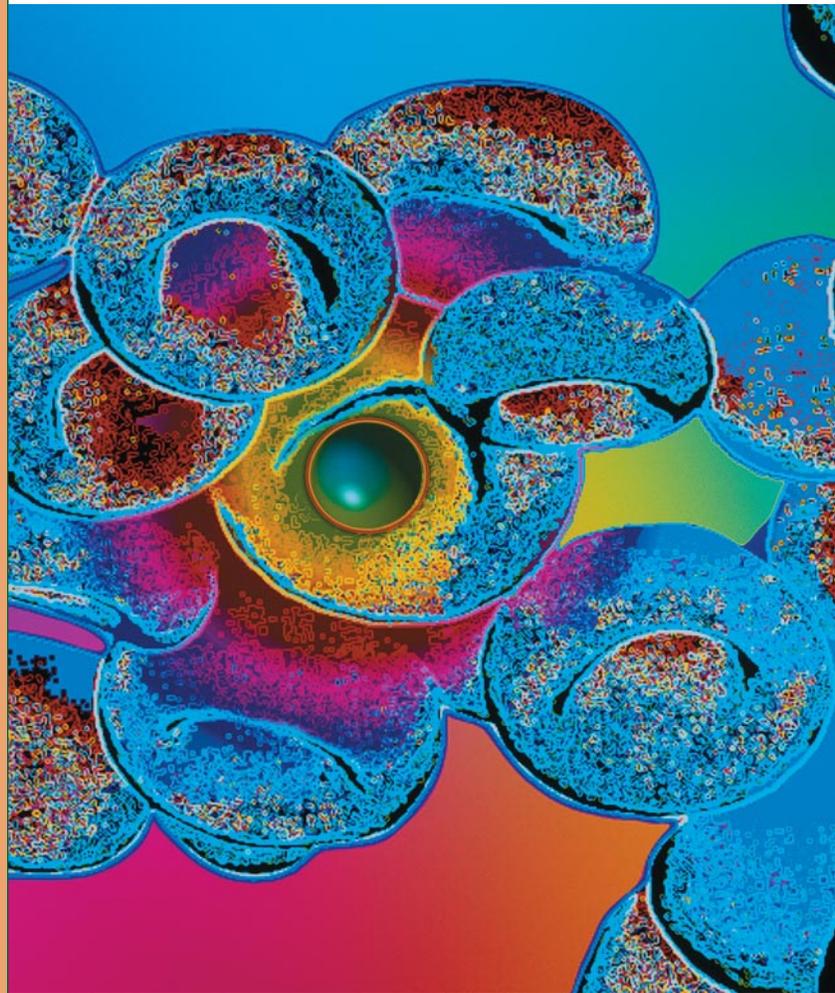




PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX
CANADIENS, 2000 ET 2001



RAPPORT DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE
DES MALADIES INFECTIEUSES DU SERVICE
CORRECTIONNEL DU CANADA

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

Prévention et contrôle des maladies infectieuses
dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit. : Infectious Diseases Prevention and Control
in Canadian Federal Penitentiaries 2000-01.
Comprend des références bibliographiques.
ISBN JS82-104/2001
Cat. No. 0-662-67144-9

© Service correctionnel du Canada 2003

Page couverture : Globules rouges avec le virus de l'hépatite

LE SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA

Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition

Article 86 – Santé du détenu

- (1) Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.*
 - (2) La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.*
-

Le rapport *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001* a été préparé conjointement par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada et le Service correctionnel du Canada (SCC).

Pour obtenir d'autres renseignements, ainsi que des exemplaires du présent rapport, veuillez communiquer avec :

La coordonnatrice du Programme national des maladies infectieuses
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario) K1A 0P9
Canada
Téléphone : (613) 944-5333

Le présent rapport peut également être consulté sur le site Internet du SCC à l'adresse www.csc-scc.gc.ca.

REMERCIEMENTS

L'équipe du Programme national des maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada (SCC), tient à remercier sincèrement les coordonnateurs régionaux pour les maladies infectieuses et les administrateurs régionaux des Services de santé pour la coordination et la gestion compétentes des données régionales de surveillance. L'équipe remercie particulièrement le personnel infirmier et les chefs des Services de santé du SCC, qui travaillent dans les établissements correctionnels à l'échelle du pays, de leurs efforts et de leur engagement à communiquer des données de surveillance. L'équipe du Programme témoigne aussi sa reconnaissance aux réviseurs du SCC et de Santé Canada pour leurs commentaires et leurs suggestions utiles.

AVANT-PROPOS

Partout dans le monde, les détenus des établissements correctionnels sont beaucoup plus touchés par les maladies infectieuses que l'ensemble de la population. Cela est attribuable au fait que bon nombre de détenus appartiennent à des populations vulnérables ayant des comportements à risque d'infection élevé. Le VIH/sida, la tuberculose et l'hépatite C sont au nombre des maladies transmissibles les plus graves et les plus répandues dans le milieu correctionnel. Les taux de maladies transmises sexuellement et d'hépatite B sont également élevés chez les détenus comparativement à l'ensemble de la population.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est résolu à s'attaquer au problème des maladies infectieuses dans la population carcérale sous responsabilité fédérale. En 1997, le SCC a mis au point, en collaboration avec la Division de la lutte antituberculeuse et l'Agence d'hygiène et de sécurité au travail de Santé Canada, une infrastructure de surveillance de la tuberculose dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada. Plus récemment, il a lancé une initiative concertée visant à recueillir de l'information plus détaillée sur d'autres maladies infectieuses touchant les détenus sous responsabilité fédérale. Le SCC sait gré à Santé Canada de son aide dans cette initiative et dans la préparation de ce rapport.

Le présent rapport est le fruit de la première analyse de données sur les maladies infectieuses recueillies dans le cadre de la surveillance de la santé effectuée dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada. La surveillance de la santé permettra au SCC de mieux comprendre les maladies transmissibles et, partant, de suivre l'évolution de la prise en charge des maladies, de mettre en œuvre des stratégies de réduction des méfaits et de favoriser l'adoption de modes de vie sains auprès de la population carcérale sous responsabilité fédérale. Il est essentiel de lutter efficacement contre les maladies infectieuses dans les établissements correctionnels si l'on veut protéger la santé des détenus, du personnel et de l'ensemble de la collectivité.



D^{re} Françoise Bouchard, MD, MPH, FRCPC
Directrice générale, Services de santé
Service correctionnel du Canada

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| Résumé | 1 |
| Contexte | 3 |
| Services de santé du SCC | 4 |
| Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC | 4 |
| Méthodologie | 4 |
| Communication des données de surveillance | 4 |
| Période de surveillance | 5 |
| Définitions..... | 5 |
| Analyse des données de surveillance | 5 |
| Résultats | 6 |
| Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | 6 |
| Le VIH dans les établissements du SCC | 7 |
| Tests de dépistage du VIH et taux d'infection | 7 |
| Admission et libération de délinquants séropositifs pour le VIH.... | 12 |
| Traitement de l'infection à VIH | 12 |
| Conclusion | 13 |
| Références | 14 |
| Hépatite C | 15 |
| Le VHC dans les établissements du SCC..... | 16 |
| Tests de dépistage du VHC et taux d'infection | 16 |
| Admission et libération de délinquants séropositifs pour le VHC .. | 17 |
| Traitement de l'hépatite C | 17 |
| Conclusion | 21 |
| Références | 22 |
| Hépatite B | 22 |
| Taux d'infection par le VHB | 22 |
| Prévention et contrôle de l'hépatite B | 23 |
| Conclusion | 23 |
| Références | 23 |
| Maladies transmises sexuellement | 24 |
| Chlamydia génitale (<i>Chlamydia trachomatis</i>) | 24 |
| Gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) | 24 |
| Syphilis infectieuse (<i>Treponema pallidum</i>) | 25 |
| Conclusion | 25 |
| Références | 26 |

| | | |
|--|---|----|
| Analyse | 26 | |
| Prévention et contrôle des maladies infectieuses | 27 | |
| Populations vulnérables | 28 | |
| Limites des données | 28 | |
| Conclusion | 29 | |
| Références | 29 | |
| Glossaire | 31 | |
| Annexes | | |
| Annexe I | Coauteurs du rapport <i>Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001</i> | 33 |
| Annexe II | Coordonnateurs régionaux pour les maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada..... | 34 |
| Annexe III | Établissements fédéraux participant au Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000 et 2001. | 35 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Répartition des détenus visés par la surveillance de la santé dans les pénitenciers fédéraux canadiens, à la fin des années 2000 et 2001 | 5 |
| Tableau 2. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 8 |
| Tableau 3. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus de sexe féminin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 10 |
| Tableau 4. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus de sexe masculin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 11 |
| Tableau 5. Traitement des détenus séropositifs pour le VIH dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 12 |
| Tableau 6. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 18 |
| Tableau 7. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus de sexe féminin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 19 |
| Tableau 8. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus de sexe masculin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 20 |
| Tableau 9. MTS bactériennes déclarées chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 | 25 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1. Régions administrées par le Service correctionnel du Canada | 3 |
| Figure 2. Cas déclarés d'infection à VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 1989 – 2001 | 7 |
| Figure 3. Total des résultats positifs pour le VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, par région, en 2000 et en 2001 | 9 |
| Figure 4. Résultats positifs pour le VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001 | 9 |
| Figure 5. Nouveaux résultats positifs pour le VHC dans les pénitenciers fédéraux canadiens, de 1997 à 2001 | 16 |
| Figure 6. Total des résultats positifs pour le VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, par région, en 2000 et en 2001 | 16 |
| Figure 7. Résultats positifs pour le VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001 | 17 |
| Figure 8. Nouveaux cas d'hépatite B déclarés dans les pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001 | 23 |

INTRODUCTION

Les établissements correctionnels du Canada occupent une place de plus en plus importante dans la campagne de lutte contre les maladies infectieuses. Les détenus ont des taux de maladies infectieuses supérieurs à ceux de l'ensemble de la population, souvent en raison des comportements à risque élevé qu'ils ont eus dans le passé. Bien que bon nombre de détenus soient déjà infectés à leur admission dans le système correctionnel, d'autres détenus non infectés conservent des comportements à risque pendant leur incarcération et deviennent donc vulnérables. Le milieu correctionnel apporte, sur le plan de la santé publique, une excellente occasion de recenser les personnes infectées et de leur donner les soins et le counseling dont elles ont besoin pour éviter de transmettre l'infection.

La surveillance de la santé fait partie intégrante de la prévention et du contrôle des maladies. En janvier 2000, le Service correctionnel du Canada (SCC) a élargi son système de surveillance, car le besoin de recueillir des données plus exactes et plus complètes sur les maladies infectieuses dans les établissements correctionnels fédéraux se faisait de plus en plus sentir. Le Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC (SSMI-SCC) permet au SCC de recueillir des données sur les maladies infectieuses dans la population des détenus sous responsabilité fédérale. La surveillance de la santé permet au SCC de suivre les tendances dans les taux d'infection et de diriger ses interventions vers certains groupes à risque élevé particuliers.

L'information recueillie par le SSMI-SCC sert à la prise de décisions éclairées concernant l'affectation de ressources en matière de soins de santé

au SCC. Les données de surveillance serviront aussi à évaluer l'efficacité des programmes de prévention et de traitement, à améliorer les programmes existants et à favoriser la création de nouvelles initiatives. Le Système de surveillance des maladies infectieuses est le fruit de la collaboration continue entre le SCC et Santé Canada. En fait, Santé Canada a fourni un soutien technique pour l'analyse et la rédaction du rapport. Il est aussi responsable du contrôle de la qualité des données et de l'évaluation du SSMI-SCC.

Le présent rapport résume les résultats de l'analyse des données recueillies pendant deux années de surveillance. Il couvre la période de janvier 2000 à décembre 2001. Les données portent sur l'infection à VIH, l'hépatite C, l'hépatite B et les maladies transmises sexuellement (MTS). Le rapport *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001* se penche plus précisément sur l'épidémiologie des infections, les schémas de dépistage et le pourcentage de détenus qui suivent un traitement. Le présent rapport complète le document intitulé *La lutte antituberculeuse dans les pénitenciers fédéraux canadiens 1998*, qui fait partie d'une série de rapports du SCC sur la surveillance de la tuberculose chez les détenus et le personnel des pénitenciers fédéraux.

Il importe de noter que les données de surveillance n'ont pas pour objet de se substituer à la recherche ciblée et qu'elles ne brossent pas un tableau complet des taux d'infection dans les pénitenciers fédéraux. Elles donnent plutôt un aperçu aussi exact que possible des taux déclarés de maladies infectieuses — et de leurs répercussions — dans les établissements du SCC.

RÉSUMÉ

La prévalence des maladies infectieuses parmi les détenus des établissements correctionnels est plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne. Bon nombre de détenus peuvent présenter des comportements à risque élevé comme ceux que l'on observe dans la collectivité, par exemple l'utilisation de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées. Les détenus qui affichent ces comportements risquent de contracter des maladies transmissibles par le sang et des maladies transmises sexuellement (MTS).

À la fin de 2001, il y avait près de 13 000 détenus dans les pénitenciers fédéraux du Canada. Plus de 7 000 délinquants ont été admis pour la première fois dans le système correctionnel fédéral ou l'ont réintégré au cours de l'année 2001. Comme la plupart des détenus finissent par retourner dans la collectivité, la période d'incarcération est une excellente occasion de les informer sur les maladies infectieuses, de prévenir ces maladies et de les traiter.

Le système de surveillance du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C, et des maladies transmises sexuellement du Service correctionnel du Canada (SCC) fait partie d'une démarche générale en matière de santé publique, qui vise à surveiller et à traiter les cas de maladie infectieuse dans la population des détenus. Le repérage des nouveaux cas et la détermination de la prévalence des maladies permet au SCC de cibler les besoins particuliers des détenus sur le plan de la prévention, de l'éducation, du traitement et du soutien. Une intervention rapide et efficace limite les risques de transmission et réduit les effets de la maladie sur les détenus, les pénitenciers et les collectivités.

Ce rapport présente des données de surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire dans les pénitenciers du Canada, recueillies par le SCC au cours des années 2000 et 2001. Ces données reposent sur les déclarations non nominatives et globales faites par les 53 établissements participants. Elles englobent tous les résultats positifs pour le VIH, le VHC et le VHB, ainsi que les diagnostics de MTS (voir l'annexe III). Les données tiennent compte des détenus qui se sont volontairement soumis à des tests ou qui ont divulgué leur infection au SCC. Les détenus sous responsabilité fédérale hébergés dans des établissements provinciaux ne sont pas inclus dans cette analyse. En ce qui a trait aux comparaisons entre les sexes, la catégorie des femmes comprend seulement les détenues logées dans des établissements pour femmes.

RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS

Taux stables d'infection à VIH dans les pénitenciers canadiens

Comparativement au pourcentage de cas déclarés de détenus séropositifs pour le VIH dans les pénitenciers fédéraux en 2000, le taux global pour 2001 est demeuré stable. Ce sont les régions du Québec et des Prairies qui comptaient le plus grand nombre de détenus séropositifs pour le VIH au cours des deux années de la surveillance.

En 2001, les régions des Prairies et du Québec avaient le nombre le plus élevé de nouveaux résultats positifs pour le VIH, et la région de l'Atlantique avait le plus faible. Ce sont cependant les régions de l'Ontario et du Québec qui comptaient le plus haut nombre de nouveaux cas en 2000. Le total des nouveaux cas a baissé dans l'ensemble des régions en 2001 par rapport à 2000.

Chaque année, un nombre important de détenus ayant déjà reçu un diagnostic d'infection à VIH dans la collectivité sont admis dans le système correctionnel fédéral. En 2001, 123 détenus ayant déjà eu ce diagnostic sont entrés dans les unités de réception du Service correctionnel du Canada (SCC), comparativement à 104 en 2000. Toujours en 2001, 178 détenus séropositifs pour le VIH ont été libérés de pénitenciers fédéraux, comparativement à 162 en 2000.

À la fin de 2001, sur 223 détenus séropositifs pour le VIH, 113 (50,7 %) suivaient un traitement anti-VIH (tableau 5). En 2000, 68 détenus ont entrepris un traitement et 116 détenus séropositifs pour le VIH (54,2 %), sur 214, suivaient un traitement anti-VIH à la fin de l'année. Les pourcentages de personnes traitées variaient considérablement d'une région à l'autre.

LE VIH DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX

TAUX GLOBAUX D'INFECTION À VIH

À la fin de l'année 2001, les établissements du SCC ont indiqué que 223 (1,8 %) détenus des pénitenciers fédéraux étaient séropositifs pour le VIH par rapport à 214 (1,7 %) à la fin de 2000.

NOUVEAUX RÉSULTATS POSITIFS POUR LE VIH

Pendant la même période, le nombre de nouveaux résultats positifs pour le VIH a chuté de 45, en 2000, à 16, en 2001, en dépit d'une faible augmentation de la taille de la population carcérale.

TAUX D'INFECTION À VIH CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES

Le taux d'infection à VIH était plus élevé chez les détenus de sexe féminin (4,7 % en 2001 et 5,0 % en 2000) que chez les détenus de sexe masculin (1,7 % en 2001 et 1,6 % en 2000) dans toutes les régions du SCC en 2000-2001.

Taux d'hépatite C élevés chez les détenus sous responsabilité fédérale

Chez les détenus, il y a eu une augmentation du pourcentage de cas déclarés d'hépatite C (y compris les infections aiguës et chroniques) dans toutes les régions du SCC depuis 2000, et la plus marquée a été observée dans les régions du Pacifique et des Prairies. Le nombre de nouveaux résultats positifs pour l'hépatite C a également augmenté par rapport à 2000, et ce dans toutes les régions.

En 2001, 858 détenus ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic documenté d'hépatite C ont été admis dans des établissements correctionnels fédéraux, ce qui représente une hausse de 15 % par rapport au nombre (747) enregistré en 2000. En 2001, 1 506 détenus séropositifs pour le VHC ont été libérés comparativement à 1 156 en 2000.

En 2001, 123 détenus ont entrepris un traitement contre l'infection à VHC, comparativement à 91 en 2000.

L'HÉPATITE C DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX

TAUX GLOBAUX D'INFECTION À VHC

Le nombre de cas déclarés de détenus séropositifs pour le virus de l'hépatite C est passé de 2 542 à la fin de 2000 à 2 993 à la fin de 2001, ce qui correspond respectivement à 20,1 % et à 23,6 % de la population carcérale.

NOUVEAUX RÉSULTATS POSITIFS POUR LE VHC

En 2001, les établissements du SCC ont déclaré 562 nouveaux cas d'hépatite C par rapport à 533 en 2000.

TAUX D'INFECTION À VHC CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES

Toutes les régions du SCC ont déclaré des taux d'hépatite C plus élevés chez les détenus de sexe féminin (41,2 % en 2001 et 42,4 % en 2000) que chez les détenus de sexe masculin (23,2 % en 2001 et 19,7 % en 2000) en 2000-2001.

Taux élevés d'hépatite B et de MTS bactériennes

Les données de surveillance révèlent que les taux d'hépatite B ont connu une forte hausse, passant de 0,1 % en 2000 à 0,3 % en 2001. La plupart des détenus atteints d'hépatite B chronique et aiguë, identifiés au cours de la période de surveillance de deux ans, étaient des hommes.

Les pourcentages des MTS bactériennes les plus fréquemment déclarées, notamment la chlamydia (0,18 % en 2001), la gonorrhée (0,10 % en 2001) et la syphilis (aucun cas signalé en 2001), sont demeurés stables pendant les deux années.

Il est probable que la non-déclaration et le sous-diagnostic de l'hépatite B et des MTS entraînent une sous-estimation de la véritable prévalence de ces infections chez les détenus.

LES TAUX DE DÉPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES DEMEURENT BAS

L'étude du pourcentage de personnes testées pour l'infection à VIH et à VHC révèle que jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ces tests. Il se peut donc que les taux d'infections déclarées sous-estiment grandement le véritable poids de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux.

Bon nombre de maladies infectieuses sont asymptomatiques. Elles peuvent donc se transmettre à l'insu des personnes touchées. Dans les pénitenciers, il y a probablement, tout comme dans la collectivité, un grand nombre de personnes infectées qui ignorent leur état. Il se peut que les détenus les plus à risque n'aient pas recours aux soins de santé et ne subissent pas de tests. Il faut donc trouver de nouveaux moyens de promouvoir le dépistage et les connaissances en matière de prévention auprès des détenus.

ORIENTATION FUTURE

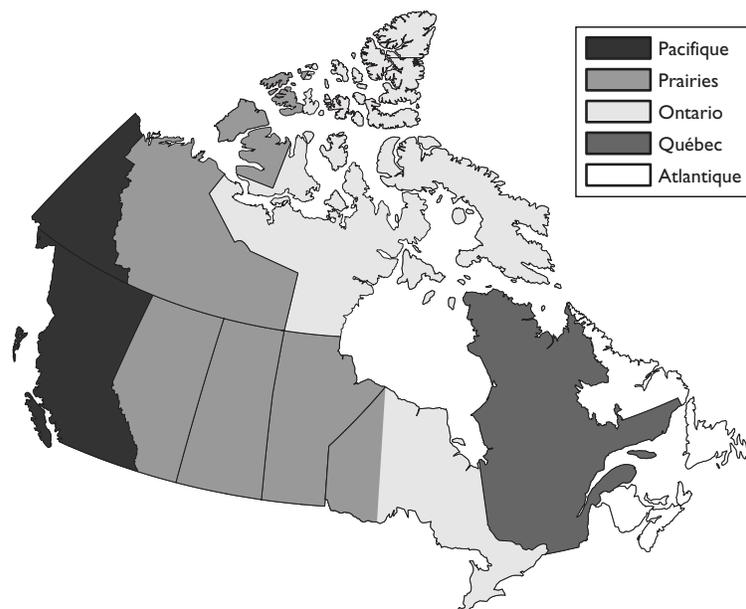
Le système correctionnel vise à réadapter les détenus afin de leur permettre de réintégrer la société. Les soins de santé assurés aux détenus devraient aller dans le même sens. Le milieu correctionnel pourrait offrir l'une des meilleures chances de rejoindre des personnes à risque élevé, de leur offrir des services de prévention et des traitements, et de les amener à acquérir des compétences qui les aideront à demeurer en bonne santé à leur sortie du système correctionnel.

Le SCC continuera à élargir sa capacité de surveillance afin de bonifier les programmes de santé à l'intention des détenus. Il est aussi résolu à améliorer la santé des détenus en faisant activement la promotion du dépistage, et du traitement des maladies infectieuses, et en offrant des services d'éducation dans ce domaine.

CONTEXTE

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est chargé d'administrer des peines de deux ans et plus et de préparer les détenus à réintégrer la société. Le SCC dirige 53 établissements correctionnels fédéraux, soit des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale et des établissements à niveaux de sécurité multiples, dans cinq régions (figure 1). Cinq des 53 établissements sont réservés aux détenus de sexe féminin et sont situés dans les régions de l'Atlantique, de l'Ontario, des Prairies et du Québec. Les détenues de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial en vertu d'une entente d'échange de services avec la Colombie-Britannique. Dans plusieurs régions du SCC, un petit nombre de délinquantes sont également incarcérées dans des sections d'établissements pour hommes qui leur sont réservées (voir l'annexe III). Les femmes représentaient environ 3 % de l'ensemble de la population carcérale dans les établissements du SCC en 2000 et en 2001.

Figure 1. Régions administrées par le Service correctionnel du Canada



Services de santé du SCC

La Direction des services de santé du SCC assure des services de santé essentiels aux personnes reconnues coupables d'infractions de ressort fédéral. Le SCC a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à prévenir la transmission des maladies infectieuses et à réduire les méfaits associés aux comportements à risque élevé. Il offre notamment le dépistage volontaire confidentiel des infections à VIH, des hépatites B et C, des MTS et de la tuberculose à tous les détenus, ainsi que du counseling et des traitements adéquats avant et après les tests. Il incite activement tout détenu nouvellement admis au SCC à subir volontairement des tests de dépistage des maladies infectieuses, et il met également ces tests à la disposition de la population carcérale générale de ses établissements. Les détenus peuvent également passer des tests à leur demande tout au long de leur peine, à la suite d'une recommandation d'un professionnel de la santé, dans le cadre de la recherche de partenaires, en cas d'indication clinique d'infection, ou à la suite d'un incident où ils risquent d'avoir été exposés à un agent infectieux. Du matériel et des programmes éducatifs sont aussi largement diffusés parmi les détenus et le personnel. Le SCC offre en outre, dans le cadre de ses initiatives de réduction des méfaits, des condoms, des digues dentaires, des lubrifiants à base d'eau et des javellisants dans l'ensemble des établissements. L'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B et un programme de traitement d'entretien à

la méthadone complètent les stratégies de contrôle des infections. Tous les détenus chez qui une maladie infectieuse a été diagnostiquée font l'objet d'une évaluation médicale pour bénéficier du suivi, des traitements et des soins appropriés.

Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC

Le Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC (SSMI-SCC) a été conçu et est géré par la Direction des services de santé du SCC à l'administration centrale (AC-SCC). Les données recueillies au moyen du SSMI-SCC proviennent des Services de santé de chacun des établissements correctionnels fédéraux. À l'heure actuelle, tous les pénitenciers fédéraux du pays fournissent à l'AC-SCC des données de surveillance sur les maladies infectieuses chez les détenus. Le SSMI-SCC n'est représentatif de la population carcérale sous responsabilité fédérale que dans une certaine mesure, car il ne rejoint que les détenus qui acceptent de subir des tests. Tous les centres participants utilisent des définitions communes pour la déclaration des maladies, ainsi que des rapports électroniques et sur papier uniformisés.

La Direction des services de santé de l'AC-SCC compte diffuser régulièrement des données de surveillance de la santé dans le cadre de son rapport intitulé *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens*.

MÉTHODOLOGIE

Communication des données de surveillance

Les Services de santé des établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) remettent, à leur administration régionale respective, un rapport de surveillance mensuel dans lequel ils dénombrent les cas des détenus dont le test s'est révélé positif pour l'infection à VIH, à VHB ou à VHC, ou pour certaines MTS (la chlamydia génitale, la gonorrhée et la syphilis), sans toutefois dévoiler l'identité de ces personnes. Les Services recueillent également de l'information confidentielle sur le dépistage et le traitement des infections à VIH et à VHC. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, le Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC (SSMI-SCC) ne permet pas de différencier les infections à VHC et à VHB aiguës et chroniques, ni de déclarer les cas d'infection par personne. En ce moment, les provinces et les territoires n'exigent pas la déclaration des cas par personne aux fins des activités de surveillance.

Les centres qui communiquent des données peuvent les tirer de sources multiples, dont les dossiers des patients et les demandes d'analyse en laboratoire, afin de broser un tableau complet de la situation. Le personnel des Services de santé de chacune des cinq administrations régionales du SCC rassemble, vérifie et transmet des données de surveillance régionales à la Direction des services de santé de l'AC-SCC, qui entre l'information dans la base de données du SSMI-SCC. Tous les centres qui communiquent et reçoivent des données ont instauré des procédures d'assurance de la qualité afin de déceler les erreurs. On revoit avec le personnel de la surveillance des établissements toutes les incohérences observées au cours de la vérification et on les corrige avant de procéder à l'analyse.

Période de surveillance

Le présent rapport fait état des données de surveillance recueillies dans des établissements correctionnels fédéraux du Canada au cours des années civiles 2000 et 2001.

Définitions (voir également le glossaire)

On parle souvent de **prévalence** et d'**incidence** de la maladie lorsqu'il est question des cas réels de maladie recensés dans une population. Cependant, comme les personnes infectées ne se soumettent pas toutes à des tests, un pourcentage d'infections prévalentes demeurent non diagnostiquées et, par conséquent, ne sont pas incluses dans les données de surveillance. Dans ce rapport, les **résultats positifs pour une maladie** correspondent au nombre d'infections confirmées en laboratoire et représentent une estimation du poids de la maladie dans les pénitenciers du SCC. Les nouveaux diagnostics sont appelés **nouveaux résultats positifs**, et le total des cas de maladie recensés à la fin de l'année correspond au **total des résultats positifs pour une maladie**.

Le **taux de participation au dépistage** désigne le nombre de détenus qui se sont soumis volontairement à un test de dépistage de l'infection. Chez les détenus qui ont passé un test, la **positivité des tests** désigne la proportion de ceux qui ont obtenu un résultat positif pour une maladie.

Aux fins de la surveillance, les détenus récemment admis (y compris les récidivistes) sont classés dans la catégorie des **nouvelles admissions** pour une période maximale de six semaines suivant leur entrée dans le système du SCC. Les nouvelles admissions comprennent tous les nouveaux mandats de dépôt, les transfère-ments de prisons internationales, les transfère-ments de prisons provinciales, les échanges de services, ainsi que les

autres admissions et les révocations. Tous les détenus incarcérés depuis plus de six semaines dans des établissements du SCC sont classés dans la catégorie de la **population carcérale générale**.

Dans ce rapport, les **détenus de sexe féminin** désignent les femmes incarcérées dans des établissements pour femmes seulement. Comme les rapports de surveillance des établissements qui hébergent des hommes et des femmes ne distinguent pas les données en fonction du sexe, les données sur les détenus provenant de ces établissements ont été intégrées aux tableaux sur les hommes.

Analyse des données de surveillance

Le personnel des Services de santé du SCC a recueilli des données de surveillance, et le soutien technique de Santé Canada a permis le contrôle de la qualité et l'analyse de ces données. On a examiné les données de l'ensemble des régions du SCC afin d'établir les taux bruts (c.-à-d., le nombre de cas de maladie par population carcérale à la fin de l'année) des nouveaux résultats positifs, du total des résultats positifs, de la participation au dépistage et de la participation à un traitement. On a également présenté des chiffres absolus chaque fois qu'il y avait lieu de le faire. Les taux de positivité des tests ont été calculés en utilisant le nombre de

Tableau 1. Répartition des détenus visés par la surveillance de la santé dans les pénitenciers fédéraux canadiens, à la fin des années 2000 et 2001

| RÉGION | 2000 | | 2001 | |
|-----------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|
| | NOMBRE DE DÉTENUS | % DE LA POPULATION CARCÉRALE | NOMBRE DE DÉTENUS | % DE LA POPULATION CARCÉRALE |
| Atlantique | | | | |
| Nouvelles admissions† | 823 | 13,1 | 831 | 13,1 |
| Population générale ‡ | 1 092 | 8,6 | 1 169 | 9,2 |
| Ontario | | | | |
| Nouvelles admissions | 1 562 | 24,5 | 1 535 | 25,5 |
| Population générale | 3 338 | 26,3 | 3 423 | 26,8 |
| Pacifique | | | | |
| Nouvelles admissions | 791 | 10,4 | 853 | 10,7 |
| Population générale | 1 814 | 14,3 | 1 812 | 14,2 |
| Prairies | | | | |
| Nouvelles admissions | 2 097 | 29,7 | 2 085 | 28,0 |
| Population générale | 3 080 | 24,3 | 3 010 | 23,6 |
| Québec | | | | |
| Nouvelles admissions | 1 833 | 22,3 | 1 852 | 22,7 |
| Population générale | 3 357 | 26,5 | 3 341 | 26,2 |
| TOTAL | | | | |
| Nouvelles admissions | 7 106 | - | 7 156 | - |
| Population générale | 12 681 | - | 12 755 | - |

NOTES :

† Les nouvelles admissions désignent les admissions cumulatives au SCC au cours d'une année donnée et comprennent tous les mandats de dépôt, les transfère-ments de pays étrangers, les révocations, les échanges de services, les transfère-ments provinciaux et les autres admissions.

‡ La population générale désigne le nombre total de détenus à la fin de l'année (31 décembre 2000 et 31 décembre 2001). Ce nombre comprend les délinquants en détention temporaire et les délinquants sous responsabilité provinciale incarcérés dans des établissements fédéraux.

Source : Service correctionnel du Canada, Gestion du rendement, 2002

résultats positifs pour une maladie comme numérateur et le nombre de détenus ayant subi le test de dépistage comme dénominateur.

On a indiqué clairement les données relatives aux nouvelles admissions et à la population carcérale générale, dans la mesure du possible, afin de distinguer les taux d'infection et de dépistage de ces deux groupes. On a eu recours à une approche semblable pour comparer les données sur les hommes et les femmes incarcérés.

RÉSULTATS

La population carcérale totale visée par la surveillance de la santé comptait 12 681 personnes, au 31 décembre 2000, et 12 755 personnes, au 31 décembre 2001 (tableau 1). Cette population comprend tous les délinquants en détention temporaire et les détenus sous responsabilité provinciale incarcérés dans des pénitenciers fédéraux.

Le nombre de nouvelles admissions en 2001 (7 156 délinquants) est comparable à celui de 2000 (7 106 délinquants). Les chiffres pour les deux années comprennent tous les nouveaux mandats de dépôt, les échanges de services, les transfèvements de prisons provinciales et internationales, ainsi que les autres admissions et les révocations.

Les sections qui suivent portent sur les tests subis par les détenus, les taux d'infection et les taux de traitement liés à l'infection à VIH, à VHC, à VHB et aux MTS.

Il n'y avait pas de données de surveillance sur les détenus sous responsabilité fédérale hébergés dans des établissements correctionnels provinciaux. Par exemple, il n'y avait pas de données sur les détenus de sexe féminin logés dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) de la région du Pacifique. Les résultats suivants ne prennent donc

EN RÉSUMÉ

Total des cas d'infection à VIH déclarés :

- À la fin de l'exercice 2001, 1,8 % de tous les détenus étaient recensés comme étant séropositifs pour le VIH, comparativement à 1,7 % en 2000.
- Les taux d'infection à VIH chez les détenus de sexe féminin (4,7 % en 2001 et 5,0 % en 2000) étaient plus élevés que chez les détenus de sexe masculin (1,7 % en 2001 et 1,6 % en 2000).
- Globalement, le taux de cas d'infection à VIH déclarés était plus élevé dans la région du Québec, 2,7 % de l'ensemble des détenus ayant déclaré une infection à VIH en 2001 et 2,9 % ayant fait cette déclaration en 2000.
- Chez les détenus de sexe féminin, c'est dans la région des Prairies que le taux était le plus élevé (8,2 % en 2001 et 9,7 % en 2000).
- Chez les détenus de sexe masculin, c'est dans la région du Québec que le taux était le plus élevé (2,6 % en 2001 et 2,9 % en 2000).
- Les fluctuations les plus importantes dans les taux d'infection à VIH ont été observées chez les femmes : les taux ont augmenté dans l'Atlantique et au Québec, mais ont diminué dans les Prairies.

Nouveaux cas déclarés d'infection à VIH :

- Malgré une faible augmentation de la population carcérale, le nombre de cas d'infection à VIH nouvellement diagnostiqués est tombé de 45, en 2000, à 16, en 2001.
- Soixante-neuf pour cent de tous les nouveaux cas d'infection à VIH relevés en 2001 et 53 % de ceux relevés en 2000 étaient associés à de nouvelles admissions au SCC.
- En 2001, le dépistage parmi les détenus nouvellement admis a augmenté de 2,1 % par rapport à 2000, ce qui représente 24,7 % de tous les détenus nouvellement admis. Pour ce qui est de la population carcérale générale, le dépistage a augmenté de 2,7 % par rapport à 2000, ce qui représente 21,7 % de la population en 2001.
- Les admissions de détenus séropositifs pour le VIH dont le diagnostic a été posé avant l'incarcération sont passées de 2,3 % de toutes les nouvelles admissions en 2000 à 2,6 % en 2001.
- Les libérations de détenus séropositifs pour le VIH sont passées de 162 en 2000 à 173 en 2001.

pas en compte les détenus sous responsabilité fédérale incarcérés dans des établissements provinciaux.

Les chiffres se rapportant aux femmes incarcérées ne tiennent compte que des détenues hébergées dans des établissements pour femmes. De plus, comme les rapports de surveillance des établissements qui hébergent des hommes et des femmes ne distinguent pas les données en fonction du sexe, les données sur les détenus provenant de ces établissements ont été intégrées aux tableaux sur les hommes. Le petit nombre de femmes incarcérées dans des établissements pour hommes et femmes ne devrait pas fausser les données sur les détenus de sexe féminin et les détenus de sexe masculin présentées dans ce rapport.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection à VIH est une affection qui entraîne une défaillance progressive et persistante du système immunitaire et expose la personne atteinte à des infections opportunistes. La présence

de telles infections est un signe que l'infection à VIH a atteint le stade du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Les personnes infectées par le VIH sont souvent co-infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). En 1999, la proportion des personnes co-infectées par le VHC avait été évaluée à 22 %¹. Comme le VIH attaque le système immunitaire, on estime que les porteurs de la tuberculose également infectés par le VIH courent 113 fois plus de risques d'être atteints de tuberculose active que les personnes non infectées par le VIH². La présence d'autres maladies transmises sexuellement, en particulier celles qui s'accompagnent d'ulcères génitaux, accroît le risque de transmission du VIH^{3,4}.

La plupart des personnes ignorent au début qu'elles sont infectées par le VIH et peuvent, sans le savoir, transmettre le virus à d'autres. La majorité des personnes qui deviennent infectées produisent des anticorps anti-VIH entre six semaines et trois mois plus tard, mais les symptômes de l'infection peuvent ne se manifester que 10 ans plus tard ou même davantage².

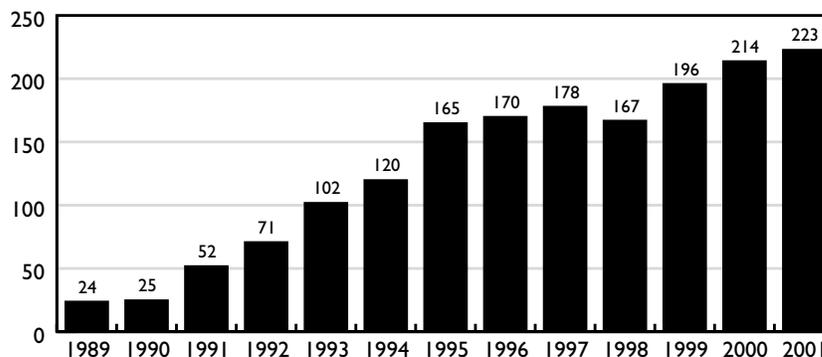
Les modes de transmission du VIH les plus courants au Canada sont les rapports sexuels et les contacts avec du sang infecté lors de l'utilisation de drogues injectables⁵. L'emploi de matériel d'injection contaminé, tel que des aiguilles, des seringues ou des instruments servant à percer la peau pour faire des tatouages, s'accompagne d'un risque de transmission élevé^{6,7}. Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes qui ont des relations sexuelles non protégées avec un partenaire infecté courent donc un risque élevé de contracter l'infection à VIH.

Environ 49 000 résultats positifs cumulatifs aux tests de dépistage du VIH ont été signalés parmi l'ensemble de la population canadienne entre le début de l'épidémie de sida au Canada et le mois de juin 2001⁵. Selon les estimations provenant d'études effectuées au Canada, la prévalence des cas déclarés d'infection à VIH chez les détenus sous responsabilité provinciale et fédérale se situerait entre 2 et 8 % de la population carcérale⁸⁻¹⁵ et elle serait donc presque 10 fois supérieure à la prévalence (0,2 %) enregistrée dans l'ensemble de la population canadienne. À l'échelle mondiale, les détenus des établissements correctionnels courent plus de risques de contracter une infection à VIH que le reste de la population, parce qu'il est plus probable qu'ils adoptent des comportements à risque élevé, tels que l'usage de drogues injectables, le tatouage avec du matériel non stérile et des relations sexuelles non protégées¹⁶; des comportements qui persistent parfois durant l'incarcération^{12,17-21}.

Le VIH dans les établissements du SCC

Dans le cadre de sa démarche générale en matière de santé publique visant la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH, le SCC offre à ses détenus la possibilité d'apprendre s'ils sont infectés ou non, de discuter de la signification des résultats des tests et d'être renseignés sur les

Figure 2. Cas déclarés d'infection à VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 1989-2001



Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000-2001

façons de réduire le risque de contracter ou de transmettre le virus. Le traitement médical des détenus infectés par le VIH est la pierre angulaire de cette approche générale et il repose sur des normes de soins universellement reconnues.

Entre 1989 et 2001, l'augmentation des résultats positifs pour le VIH parmi les détenus sous responsabilité fédérale a été de 15 cas par année, en moyenne (figure 2). En plus de la possibilité d'une hausse réelle des cas, plusieurs autres facteurs peuvent expliquer l'accroissement observé du nombre de cas déclarés dans le temps, notamment : un meilleur recensement des cas découlant d'un plus grand nombre de tests effectués dans les établissements; la disponibilité de tests de laboratoire plus efficaces; des taux plus élevés de tests faits à la demande des détenus, en raison du changement des points de vue sur le VIH et le sida; et une déclaration plus constante des cas à l'AC-SCC par les établissements.

Tests de dépistage du VIH et taux d'infection

Total des résultats positifs pour le VIH

Les données du SSMI-SCC révèlent que la proportion des détenus infectés par le VIH est demeurée stable au cours des deux années de surveillance (1,7 % en 2000 et 1,8 % en

2001), malgré l'augmentation du nombre absolu des cas déclarés, qui est passé de 214 en 2000 à 223 en 2001.

La figure 3 montre la répartition des résultats positifs pour le VIH (proportion des détenus infectés par le VIH) entre les régions du SCC en 2000-2001. C'est dans la région du Québec que la proportion des résultats positifs pour le VIH était la plus élevée, soit de 2,9 % et de 2,7 % en 2000 et en 2001, respectivement.

Nouveaux résultats positifs pour le VIH

Seize nouveaux cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués parmi l'ensemble des détenus du SCC en 2001, ce qui représente près du tiers du nombre de cas (45) cernés en 2000 (tableau 2).

Les infections découvertes chez les détenus nouvellement admis, à leur arrivée dans une unité de réception du SCC, représentaient 69 % de tous les nouveaux résultats positifs pour le VIH en 2001, alors que la proportion était de 53 % en 2000.

Tests de dépistage des anticorps anti-VIH

Le taux de participation au dépistage a augmenté chez les détenus nouvellement admis et parmi la popu-

Tableau 2. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=823) | (n=831) | (n=1 562) | (n=1 535) | (n=791) | (n=853) | (n=2 097) | (n=2 085) | (n=1 833) | (n=1 852) | (n=7 106) | (n=7 156) |
| Nombre de tests effectués | 44 | 29 | 665 | 557 | 105 | 92 | 599 | 823 | 193 | 267 | 1 606 | 1 768 |
| Pourcentage de tous les détenus nouvellement admis qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 5,3 | 3,5 | 42,6 | 36,3 | 13,3 | 10,8 | 28,6 | 39,5 | 10,5 | 14,4 | 22,6 | 24,7 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VIH | 1 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 5 | 4 | 11 | 6 | 24 | 11 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 2,3 | 0,0 | 1,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,5 | 5,7 | 2,3 | 1,5 | 0,6 |
| Population générale | (n=1 092) | (n=1 169) | (n=3 338) | (n=3 423) | (n=1 814) | (n=1 812) | (n=3 080) | (n=3 010) | (n=3 357) | (n=3 341) | (n=12 681) | (n=12 755) |
| Nombre de tests effectués | 246 | 328 | 504 | 687 | 349 | 359 | 616 | 803 | 697 | 593 | 2 412 | 2 770 |
| Pourcentage de tous les détenus de la population générale qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 22,5 | 28,1 | 15,1 | 20,1 | 19,2 | 19,8 | 20,0 | 26,7 | 20,8 | 17,8 | 19,0 | 21,7 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VIH | 3 | 0 | 8 | 2 | 2 | 0 | 4 | 2 | 4 | 1 | 21 | 5 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 1,2 | 0,0 | 1,6 | 0,3 | 0,6 | 0,0 | 0,7 | 0,3 | 0,6 | 0,2 | 0,9 | 0,2 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 290 | 357 | 1 169 | 1 244 | 454 | 451 | 1 215 | 1 626 | 890 | 860 | 4 018 | 4 538 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VIH | 4 | 0 | 15 | 3 | 2 | 0 | 9 | 6 | 15 | 7 | 45 | 16 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage de tous les tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 1,4 | 0,0 | 1,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,7 | 0,4 | 1,7 | 0,8 | 1,1 | 0,4 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale. Les chiffres pour les femmes comprennent seulement les détenues hébergées dans des établissements fédéraux pour femmes.

Les détenues sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

lation carcérale générale en 2000 et en 2001, mais il y avait un écart d'environ 3 % entre les deux groupes (tableau 2). Le taux de participation au dépistage comparativement élevé parmi les détenus nouvellement admis pourrait expliquer le taux plus élevé de détection de cas d'infection à VIH dans ce groupe.

En 2001, les pourcentages régionaux de participation au dépistage variaient de 3,5 à 39,5 % pour ce qui est des détenus nouvellement admis et de 17,8 à 28,1 % pour la population carcérale générale. Les hausses parmi les détenus nouvellement admis ont été observées dans les régions des Prairies et du Québec. Les autres régions ont plutôt connu une baisse par rapport aux taux enregistrés en 2000. La population carcérale générale de la plupart des régions affichait une augmentation du taux de participation au dépistage en 2001 (tableau 2).

La positivité des tests sert de mesure pour comparer les détenus ayant obtenu des résultats positifs lors du dépistage du VIH, à tous les détenus testés dans une année donnée. Par exemple, la positivité des tests pour le VIH parmi les détenus nouvellement admis a été de 1,5 % en 2000 et de 0,6 % en 2001. Comme le montre le tableau 2, ces taux ont été plus élevés que ceux de la population carcérale générale en 2000 et en 2001. Cela donne à penser qu'une forte proportion de délinquants sont déjà infectés à leur admission dans les établissements du SCC.

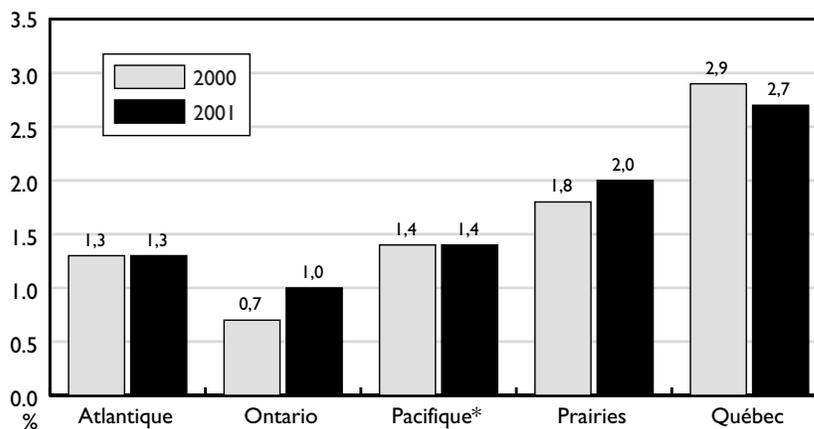
Cas d'infection à VIH, selon le sexe

En 2001, les Services de santé des établissements ont découvert que 4,7 % (13 cas) des détenus de sexe féminin et 1,7 % (210 cas) de l'ensemble des détenus de sexe masculin étaient infectés par le VIH. Le taux était légèrement plus élevé pour les femmes (5,0 %, soit 13 cas) l'année précédente (2000), mais semblable à

celui des hommes (1,6 %, 201 cas). Le taux d'infection à VIH parmi les détenues était toujours plus haut que celui des détenus de sexe masculin

dans toutes les régions du SCC, sauf celle de l'Ontario où aucun cas n'a été déclaré chez les femmes en 2000 et en 2001 (figure 4).

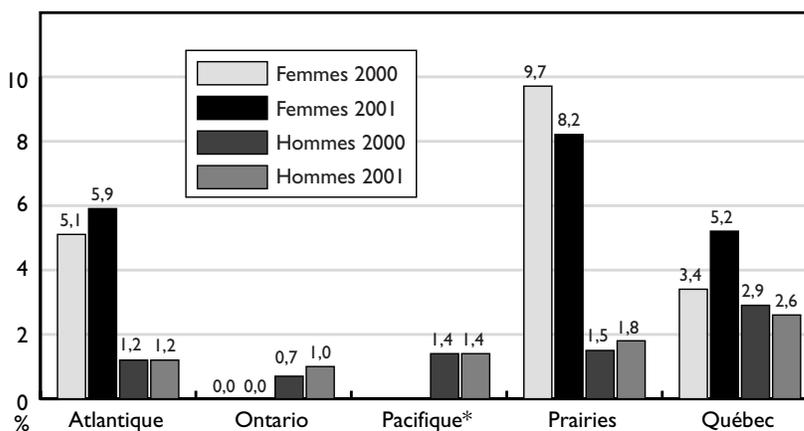
Figure 3. Total des résultats positifs pour le VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, par région, en 2000 et en 2001



NOTES :
 Pourcentage de tous les détenus dans une région.
 *Les détenus de sexe féminin sous responsabilité fédérale, de la région du Pacifique, sont incarcérés dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000-2001

Figure 4. Résultats positifs pour le VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001



NOTES :
 Pourcentage de l'ensemble des détenus dans une région
 *Les détenues de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001

Tableau 3. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus de sexe féminin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|---|------------|--------|---------|--------|-----------|-----------|----------|---------|--------|--------|---------|---------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=58) | (n=38) | (n=89) | (n=98) | (n= s.o.) | (n= s.o.) | (n=111) | (n=129) | (n=45) | (n=60) | (n=303) | (n=325) |
| Nombre de tests effectués | 8 | 5 | 65 | 90 | - | - | 34 | 45 | 29 | 30 | 136 | 170 |
| Pourcentage de toutes les détenues nouvellement admises qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 13,8 | 13,2 | 73,0 | 91,8 | - | - | 30,6 | 34,9 | 64,4 | 50,0 | 44,9 | 52,3 |
| Nombre de résultats positifs | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | - | 2,9 | 2,2 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,6 |
| Population générale | (n=39) | (n=34) | (n=72) | (n=87) | (n= s.o.) | (n= s.o.) | (n=93) | (n=98) | (n=58) | (n=58) | (n=262) | (n=277) |
| Nombre de tests effectués | 3 | 14 | 3 | 10 | - | - | 48 | 53 | 9 | 5 | 63 | 82 |
| Pourcentage de toutes les détenues de la population générale qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 7,7 | 41,2 | 4,2 | 11,5 | - | - | 51,6 | 54,1 | 15,5 | 8,2 | 24,0 | 29,6 |
| Nombre de résultats positifs | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | - | 2,1 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 1,2 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 11 | 19 | 68 | 100 | - | - | 82 | 98 | 38 | 35 | 199 | 252 |
| Nombre de résultats positifs | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage de tous les tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | - | 2,4 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,8 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale. Les chiffres pour les femmes n'englobent que les données sur les détenues hébergées dans des établissements fédéraux pour femmes.

s.o. = sans objet

Les détenues sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000-2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

Tableau 4. Dépistage des anticorps anti-VIH chez les détenus de sexe masculin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=765) | (n=793) | (n=1 473) | (n=1 437) | (n=791) | (n=853) | (n=1 986) | (n=1 956) | (n=1 788) | (n=1 792) | (n=6 803) | (n=6 831) |
| Nombre de tests effectués | 36 | 24 | 600 | 467 | 105 | 92 | 565 | 778 | 164 | 237 | 1 470 | 1 598 |
| Pourcentage de tous les détenus nouvellement admis qui subissent un test (participation au dépistage) | 4,7 | 3,0 | 40,7 | 32,5 | 13,3 | 10,8 | 28,5 | 39,8 | 9,2 | 13,2 | 21,6 | 23,4 |
| Nombre de résultats positifs | 1 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 4 | 3 | 11 | 6 | 23 | 10 |
| Résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (positivité des tests) | 2,8 | 0,0 | 1,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,4 | 6,7 | 2,5 | 1,6 | 0,6 |
| Population générale | (n=1 053) | (n=1 135) | (n=3 266) | (n=3 336) | (n=1 814) | (n=1 812) | (n=2 987) | (n=2 912) | (n=3 299) | (n=3 283) | (n=12 419) | (n=12 478) |
| Nombre de tests effectués | 243 | 314 | 501 | 677 | 349 | 359 | 568 | 750 | 688 | 588 | 2 349 | 2 688 |
| Pourcentage de tous les détenus de la population générale qui subissent un test (participation au dépistage) | 23,1 | 27,7 | 15,3 | 20,3 | 19,2 | 19,8 | 19,0 | 25,8 | 20,9 | 17,9 | 18,9 | 21,5 |
| Nombre de résultats positifs | 3 | 0 | 8 | 2 | 2 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 20 | 4 |
| Résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage des tests effectués (positivité des tests) | 1,2 | 0,0 | 1,6 | 0,3 | 0,6 | 0,0 | 0,5 | 0,1 | 0,6 | 0,2 | 0,9 | 0,2 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 279 | 338 | 1 101 | 1 144 | 454 | 451 | 1 133 | 1 528 | 852 | 825 | 3 819 | 4 286 |
| Nombre de résultats positifs | 4 | 0 | 15 | 3 | 2 | 0 | 7 | 4 | 15 | 7 | 43 | 14 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VIH exprimés en pourcentage de tous les tests effectués (positivité des tests) | 1,4 | 0,0 | 1,4 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,6 | 0,3 | 1,8 | 0,8 | 1,1 | 0,3 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

Tableau 5. Traitement des détenus séropositifs pour le VIH dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|---|------------|--------|---------|--------|-----------|--------|----------|--------|--------|--------|---------|---------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=14) | (n=14) | (n=24) | (n=29) | (n=26) | (n=22) | (n=53) | (n=64) | (n=97) | (n=89) | (n=214) | (n=223) |
| Nombre de détenus séropositifs pour le VIH suivant un traitement anti-rétroviral à la fin de l'année | 4 | 10 | 17 | 22 | 10 | 9 | 22 | 24 | 63 | 48 | 116 | 113 |
| Pourcentage de détenus séropositifs pour le VIH suivant un traitement anti-rétroviral à la fin de l'année | 28,6 | 71,4 | 70,8 | 75,9 | 38,5 | 40,9 | 41,5 | 37,5 | 64,9 | 53,9 | 54,2 | 50,7 |

NOTES :

n = population des détenus séropositifs pour le VIH à la fin de l'année

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001

Chez les détenus de sexe féminin, les taux d'infection les plus élevés ont été observés dans la région des Prairies. Le taux élevé d'infection à VIH dans la région des Prairies est peut-être attribuable au fait qu'une forte proportion de délinquantes de cette région ont été reconnues coupables d'activités liées aux drogues, avaient des rapports sexuels avec des utilisateurs de drogues injectables ou étaient des travailleuses de l'industrie du sexe. La région des Prairies est aussi la seule région qui a connu, en 2001, une baisse du nombre de résultats positifs pour le VIH parmi les détenus de sexe féminin, comparativement à 2000.

Dans le cas des hommes, par contre, le pourcentage de résultats positifs pour le VIH n'a presque pas changé entre 2000 et 2001. Il y a eu de faibles augmentations dans les régions de l'Ontario et des Prairies, et une baisse dans la région du Québec. C'est au Québec qu'il y a eu la plus forte proportion d'hommes incarcérés séropositifs pour le VIH, au cours des deux années.

Les données sur les taux de participation au dépistage révèlent que plus de femmes que d'hommes ont

subi des tests en 2000 et en 2001, ce qui peut expliquer un recensement de cas plus exact chez les femmes. C'est chez les détenus nouvellement admis au SCC qu'on note la plus grande différence entre le taux de participation au dépistage des hommes et des femmes. En effet, en 2001, près de 52 % des femmes ont subi un test de dépistage du VIH à leur admission (tableau 3), comparativement à 23 % des hommes (tableau 4).

Admission et libération de délinquants séropositifs pour le VIH

La proportion des détenus nouvellement admis au SCC qui avaient préalablement obtenu un diagnostic de séropositivité pour le VIH a augmenté légèrement, passant de 2,3 % (104 cas) en 2000 à 2,6 % (123 cas) en 2001.

Au cours de la même période, on note une stabilité du pourcentage de détenus séropositifs pour le VIH qui ont été libérés par les établissements du SCC. Ces détenus représentaient 1,3 % (162 cas) de l'ensemble de la population carcérale en 2000 et 1,4 % (173 cas) en 2001.

Traitement de l'infection à VIH

Les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) représentent la norme de soins pour les personnes infectées par le VIH qui nécessitent un traitement. L'amélioration des traitements disponibles a facilité la prise en charge des cas d'infection à VIH et procuré une meilleure qualité de vie aux patients atteints. Le choix du traitement offert dépend de nombreux facteurs, dont les directives en vigueur, l'évolution de la maladie, l'acceptation du traitement par le patient et la mesure dans laquelle il va le suivre, ainsi que l'importance des effets indésirables observés. Les détenus séropositifs pour le VIH qui n'ont pas besoin de traitement antirétroviral sont surveillés de près afin d'évaluer l'évolution de la maladie. Ainsi, les pourcentages de personnes traitées peuvent varier considérablement d'une région à l'autre et d'une année à l'autre. De plus, les écarts relevés dans les pourcentages de personnes traitées d'une année à l'autre peuvent se révéler négligeables en raison du petit nombre de détenus infectés par le VIH dans chaque région.

Les détenus infectés par le VIH et nouvellement diagnostiqués par le SCC sont évalués en vue d'un traitement, y compris les délinquants atteints d'une infection documentée qui entrent dans le système correctionnel. En 2001, 41 détenus sous responsabilité fédérale ont entrepris volontairement un traitement anti-VIH. À la fin de l'année 2001, sur 223 détenus séropositifs pour le VIH, 113 (50,7 %), suivaient un traitement (tableau 5). En 2000, 68 détenus avaient entrepris un traitement, et 116 des 214 (54,2 %) détenus séropositifs pour le VIH suivaient un traitement anti-VIH à la fin de l'année.

Conclusion

Au Canada et partout dans le monde, l'infection à VIH parmi les populations carcérales demeure, pour le milieu correctionnel, un défi de taille à relever²⁰.

La prévalence de résultats positifs pour le VIH au SCC corrobore les résultats des études sur les détenus effectuées dans plusieurs établissements provinciaux et fédéraux de l'Ontario^{8,13-15}, du Québec⁹⁻¹¹ et de la Colombie-Britannique¹². Le nombre élevé de nouveaux résultats positifs pour le VIH parmi les détenus nouvellement admis au SCC laisse supposer que maints détenus étaient déjà infectés avant leur incarcération.

Dans le présent rapport, qui porte sur la situation au Canada, la prévalence de cas déclarés d'infection à VIH chez les détenus de sexe masculin (1,7 %) est moins élevée que celle enregistrée en Écosse^{19,22} (4,5 %), en France²³ (7,1 %), en Suisse²⁴ (11 %) et en l'Italie²⁴ (17 %). Le pourcentage canadien est semblable à celui de l'Irlande²⁵ (2 %), mais plus haut que celui de l'Angleterre et du pays de Galles (0,4 %)²⁶.

Les données de surveillance du SSMI-SCC montrent clairement l'écart entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la prévalence de l'infection à VIH. Le taux d'infection plus élevé chez les femmes incarcérées peut être révélateur du profil de risque de ce groupe, dans lequel une forte proportion de détenues ont été reconnues coupables d'infractions liées aux drogues, ont eu des relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables ou ont travaillé dans l'industrie du sexe^{9,11,27}. Les taux plus hauts d'infection à VIH chez les femmes incarcérées corroborent les résultats d'autres études effectuées aux États-Unis^{28,29}, en France²³, en Angleterre et au pays de Galles²⁶.

Les fortes proportions de détenus séropositifs pour le VIH dans les prisons témoignent souvent des taux de séropositivité pour le VIH parmi les groupes similaires à risque élevé dans la collectivité²². Les taux d'infection parmi les détenus subissent l'influence de plusieurs facteurs, dont l'arrivée dans l'établissement de personnes déjà infectées par le VIH, l'emploi répandu de drogues injectables chez les détenus et le taux d'initiation à l'usage de drogues injectables dans les pénitenciers.

Même si le SSMI-SCC ne recueille pas actuellement d'information sur les facteurs de risque, le profil des détenus sous responsabilité fédérale laisse supposer que l'utilisation de drogues injectables est une source importante d'exposition au VIH pour la plupart d'entre eux. La transmission sexuelle du VIH est considérée comme un moins grand facteur de risque que le partage d'aiguilles et d'autre matériel d'injection dans les prisons³⁰, mais elle représente, néanmoins, un comportement à risque pour l'infection à VIH. Plusieurs études révèlent que, tout comme dans la

collectivité, la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons est plus élevée parmi les personnes qui se sont injecté des drogues que parmi les autres^{16,19,20}.

Au Canada, on estime que 30 % des gens infectés par le VIH ignorent qu'ils le sont³¹. L'observation des comportements à risque de la population carcérale laisse croire que la moitié de tous les détenus infectés par le VIH dans les établissements fédéraux, en 1996, n'avaient peut-être pas été identifiés comme tels par les Services de santé¹. Il est possible que de nombreux détenus n'aient pas divulgué leur infection au personnel des Services de santé et que d'autres ne savaient pas qu'ils étaient infectés.

Malgré l'augmentation de la participation au dépistage, les données du SCC révèlent qu'un grand pourcentage de détenus n'ont pas subi de test pour l'infection à VIH en 2000 et en 2001. Les détenus hésitent souvent à passer un test de crainte de dévoiler certains comportements à risque^{20,29}. Les résultats du présent rapport soulignent l'importance d'administrer un plus grand nombre de tests, tant aux détenus nouvellement admis qu'aux membres de la population carcérale générale. Si le personnel des Services de santé en vient à accroître la participation au dépistage, on pourra mieux définir la prévalence des infections à VIH dans les établissements correctionnels fédéraux. Bien qu'on ne puisse expliquer clairement les écarts régionaux en ce qui concerne les taux de personnes testées, ceux-ci sont probablement attribuables aux différences régionales sur le plan des pratiques de dépistage et des activités de promotion. Il faudra se pencher davantage sur les écarts régionaux relatifs aux proportions de personnes testées et de personnes traitées.

Références

- Remis, R. *Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Division de l'hépatite C, Santé Canada, mars 2001.
- Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 5^e édition, Association pulmonaire du Canada, 2000.
- Cohen, M.S., I.F. Hoffman, R. Royce et coll. « Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1 », *Lancet*, 1997, vol. 349, p. 1868-1873.
- Wasserheit, J.N. « Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases », *Sexually Transmitted Diseases*, 1992, vol. 19, n° 2, p. 61-77.
- Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, avril 2002.
- Nishioka, S.A. et T.W. Gyorkos. « Tattoos as risk factors for transfusion-transmitted diseases » *Internet Journal of Infectious Diseases*, 2001, vol. 5, n° 1, p. 27-34.
- Samuel, M.C., M.P. Doherty, M. Bulterys et coll. « Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA », *Epidemiology of Infections*, 2001, vol. 127, n° 3, p. 475-484.
- Ford, P.M., C. White, H. Kaufmann et coll. « Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1995, vol. 153, n° 11, p. 1605-1609.
- Hankins, C., S. Gendron, C. Richard et coll. « Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes – Québec », *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, vol. 15, n° 33, p. 168-170.
- Dufour, A., M. Alary, C. Poulin et coll. « Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City », *AIDS*, 1996, vol. 10, n° 9, 1009-1015.
- Hankins, C.A., S. Gendron, M.A. Handley, et coll. « HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a non-nominal methodology », *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, n° 10, p. 1637-1640.
- Rothon, D.A., R.G. Mathias et M.T. Schechter. « Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol. 151, n° 6, p. 781-787.
- Ford, P.M., M. Pearson, P. Sankar-Mistry et coll. « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, 2000, vol. 93, n° 2, p. 113-119.
- Calzavara, L.M., C. Major, T. Myers et coll. « The prevalence of HIV-1 infection among inmates in Ontario, Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 1995, vol. 86, n° 5, p. 335-339.
- Ford, P.M., A. Alifo, P.J. Connop, et coll. « Séroprévalence du VIH-1 dans un pénitencier à sécurité moyenne pour hommes – Ontario », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1994, vol. 20, n° 6, p. 45-47.
- Vlahov, D., T.F. Brewer, K.G. Castro et coll. « Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to U.S. correctional facilities », *JAMA*, 1991, vol. 265, n° 9, p. 1129-1132.
- Carvell, A.L. et G.J. Hart. « Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison », *British Medical Journal*, 1990 26, vol. 300, n° 6736, p. 1383-1384.
- Dye, S. et C. Isaacs. « Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV », *British Medical Journal*, 1991, vol. 302, no 6791, p. 1506.
- Gore, S.M., A.G. Bird, S.M. Burns et coll. « Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison », *British Medical Journal*, 1995, vol. 310, n° 6975, p. 293-296.
- Mahon, N. « New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs », *American Journal of Public Health*, 1996, vol. 86, n° 9, p. 1211-1215.
- Power, K.G., I. Markova, A. Rowlands et coll. « Comparison of sexual behaviour and risk of HIV transmission of Scottish inmates, with or without a history of intravenous drug use », *AIDS Care*, 1992, vol. 4, n° 1, p. 53-67.
- Bird, A.G., S.M. Gore, D.W. Jolliffe et coll. « Second anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh: prisoners give a lead to other heterosexuals on being HIV tested », *AIDS*, 1993, vol. 7, n° 9, p. 1277-1279.
- Rotily, M., A. Galinier-Pujol, Y. Obadia et coll. « HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons », *AIDS*, 1994, vol. 8, n° 9, p. 1341-1344.
- Harding, T.W. « AIDS in prison », *Lancet*, 1987, vol. 2, n° 8570, p. 1260-1263.
- Long, J., S. Allwright, J. Barry et coll. « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, 2001, vol. 323, n° 7323, p. 1209-1213.
- Weild, A.R., O.N. Gill, D. Bennett et coll. « Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey », *Communicable Diseases and Public Health*, 2000, vol. 3, n° 2, p. 121-126.
- Farrell, M. et J. Strang. « Drugs, HIV, and prisons », *British Medical Journal*, 1991, vol. 302, n° 6791, p. 1477-1478.
- Rich, J.D., B.P. Dickinson, G. Macalino et coll. « Prevalence and incidence of HIV among incarcerated and re-incarcerated women in Rhode Island », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999, vol. 22, n° 2, p. 161-166.
- Behrendt, C., N. Kendig, C. Dambita et coll. « Voluntary testing for human immunodeficiency virus (HIV) in a prison population with a high prevalence of HIV », *American Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 139, n° 9, p. 918-926.
- Réseau juridique canadien VIH/SIDA. Comportements à risque élevé derrière les barreaux, VIH/sida en prison, 2001/2002, feuillet d'information n° 2.
- Santé Canada. « Tests de dépistage de l'infection à VIH chez les Canadiens : 15 000 cas récents d'infection par le VIH ne sont pas diagnostiqués », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, avril 2000.

Hépatite C

L'hépatite C est une maladie virale qui se caractérise par une inflammation du foie et qui se transmet essentiellement par le contact avec du sang ou des produits sanguins contaminés. Les personnes les plus susceptibles d'être infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) sont celles qui partagent des aiguilles ou du matériel d'injection de drogues ou celles qui ont reçu du sang ou des produits sanguins avant la mise en place des programmes de dépistage applicables à tous les dons de sang¹. Parmi les autres modes de transmission reconnus, mentionnons les interventions percutanées telles que le perçage corporel et le tatouage au moyen d'instruments contaminés, ainsi que le partage de pailles pour l'inhalation de drogues²⁻⁴.

Environ 60 à 70 % des personnes qui viennent d'être infectées par le VHC demeurent asymptomatiques pendant une période pouvant aller jusqu'à cinq mois. Par conséquent, il arrive souvent que ces personnes ne sachent pas qu'elles sont infectées⁵. Toutefois, de 15 à 20 % des personnes infectées peuvent se remettre complètement de leur infection sans jamais présenter de symptômes⁵. Même si elles ne présentent pas de symptômes cliniques, les personnes infectées peuvent transmettre l'infection à d'autres.

On estime qu'au moins 75 % des personnes qui viennent d'être infectées par le VHC finiront par présenter une infection chronique; elles seront alors porteuses du virus⁶. Chez ces personnes, une cirrhose (10 à 20 % des cas)

ou un cancer du foie (1 à 5 % des cas) peuvent apparaître sur une période de 20 à 30 ans⁷. Il arrive souvent que les sujets qui présentent une infection chronique se sentent tout à fait en santé même s'ils sont porteurs du virus. Ils peuvent néanmoins le transmettre à ceux qui entrent en contact avec leur sang.

Les personnes infectées par le VHC sont souvent séropositives pour le VIH. Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang de 10 à 15 fois plus facilement que le VIH⁸. Des études révèlent que chez les personnes infectées à la fois par le VHC et le VIH, une cirrhose peut se développer plus rapidement que chez celles qui sont seulement séropositives pour le VHC^{6,8,9}. L'hépatite C accroît également la gravité de la maladie du foie quand elle s'accompagne d'autres affections hépatiques, comme l'hépatite A ou l'hépatite B.

La prévalence de l'hépatite C au Canada est évaluée à 0,8 %, mais elle est plus élevée parmi certains groupes à risque comme les utilisateurs de drogues injectables^{10,11}. Près de 4 000 nouveaux cas d'hépatite C apparaissent chaque année au Canada; sur ce nombre, 63 % sont attribuables au partage de matériel d'injection de drogues contaminé¹¹. Les détenus des établissements correctionnels canadiens ont un taux d'infection à VHC plus élevé que celui observé dans la population générale^{12,13}. Les utilisateurs de drogues injectables sont surreprésentés dans la population carcérale, et l'utilisation de drogues injectables semble être le principal comportement à l'origine de ce risque plus élevé.¹⁴

EN RÉSUMÉ

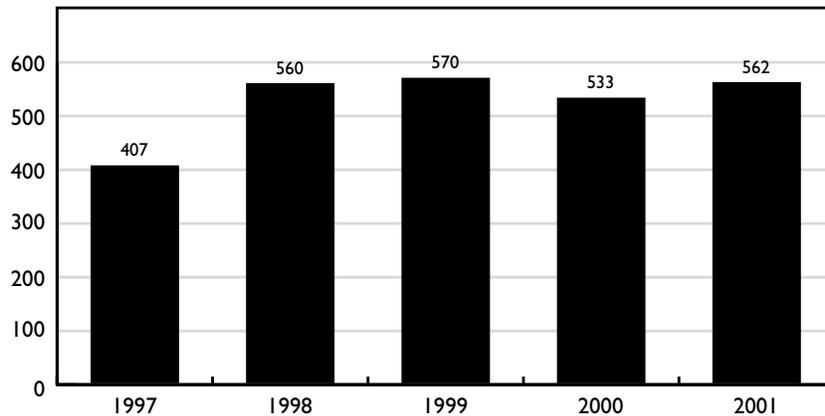
Nombre total de cas d'hépatite C déclarés :

- Le nombre de détenus ayant un sérodiagnostic positif pour l'hépatite C a augmenté; il est passé de 2 542 cas (20,1 %) en 2000 à 2 993 cas (23,6 %) en 2001.
- Les taux d'infection à VHC étaient plus élevés chez les femmes (41,2 % en 2001 et 42,4 % en 2000) que chez les hommes (23,2 % en 2001 et 19,7 % en 2000).
- Dans l'ensemble, le pourcentage de cas d'hépatite C déclarés était plus élevé dans la région du Pacifique, où l'on a signalé un taux d'infection à VHC chez les détenus de 34,8 % en 2001 et de 27,3 % en 2000.
- Pour les femmes, c'est dans la région des Prairies que le pourcentage de cas d'hépatite C déclarés était le plus élevé (57,1 % en 2001 et 65,6 % en 2000).
- Le pourcentage de cas d'hépatite C déclarés, chez les femmes, a diminué dans toutes les régions, sauf en Ontario et au Québec, où il a monté.
- Pour les hommes, c'est dans la région du Pacifique que le pourcentage de cas d'hépatite C déclarés était le plus élevé (33,9 % en 2001 et 27,3 % en 2000).
- Les taux d'infection ont significativement augmenté chez les hommes des régions du Pacifique et des Prairies au cours de l'année 2000.

Nouveaux cas d'hépatite C déclarés (comprennent les infections aiguës et chroniques) :

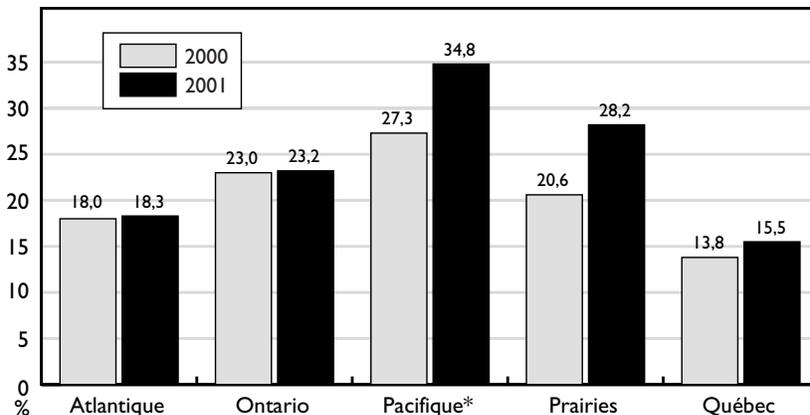
- Le nombre de nouveaux cas d'hépatite C déclarés est passé de 533 en 2000 à 562 en 2001.
- Soixante-cinq pour cent de tous les nouveaux cas d'hépatite C signalés en 2001 et 54 % de ces cas en 2000 ont été relevés dans la population générale.
- Un fort pourcentage de délinquants (15,4 % en 2000 et 10,2 % en 2001) ont obtenu des résultats positifs pour le VHC à leur admission. Dans la population générale, les taux d'infections nouvellement signalées étaient de 13,4 % et de 14,6 % en 2000 et en 2001 respectivement.
- En 2001, 1 506 détenus infectés par le VHC ont été libérés du SCC, ce qui représente une augmentation par rapport aux 1 156 détenus libérés en 2000.

Figure 5. Nouveaux résultats positifs pour le VHC dans les pénitenciers fédéraux canadiens, de 1997 à 2001



Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000-2001

Figure 6. Total des résultats positifs pour le VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, par région, en 2000 et en 2001



NOTES :

Pourcentage de tous les détenus dans une région

*Les détenues sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000-2001

Le VHC dans les établissements du SCC

De 1997 à 2001, la moyenne annuelle de nouveaux cas déclarés d'infection à VHC aiguë et chronique

s'élevait à près de 526 (figure 5). Cela comprend les cas découverts parmi les détenus nouvellement admis et la population carcérale générale.

Tests de dépistage du VHC et taux d'infection

Nombre total de cas d'infection à VHC déclarés

À la fin de 2001, 23,6 % des détenus (2 993 cas) avaient été reconnus séropositifs pour le VHC, ce qui représente une augmentation par rapport à la même période en 2000 (20,1 % ou 2 542 cas). La figure 6 illustre la répartition des cas positifs dans toutes les régions du SCC. En 2000 et en 2001, la plus forte proportion de cas a été enregistrée dans la région du Pacifique.

Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VHC

Le nombre de nouveaux résultats positifs pour le VHC a augmenté de 5 % pendant cette période, passant de 533 nouveaux cas en 2000 à 562 en 2001 (tableau 6). Près de 65 % des nouveaux cas d'infection en 2001 et 54 % en 2000 se trouvaient parmi les détenus de la population générale.

Dépistage des anticorps anti-VHC

Le dépistage du VHC et le counseling à cet égard visent à permettre aux détenus d'avoir accès à un traitement et à un soutien appropriés dès le début.

Dans l'ensemble, le taux de participation au dépistage a grimpé de près de 4 % chez les détenus nouvellement admis — passant de 22,3 % en 2000 à 26,7 % en 2001. Il y avait un écart important entre les régions (tableau 6). Au cours de la même période, le taux de participation au dépistage a augmenté de près de 3 % parmi la population carcérale générale, passant de 17,0 % en 2000 à 19,7 % en 2001.

On n'a pu discerner aucune tendance nette dans les taux de positivité des tests, puisque les taux d'infection parmi les détenus nouvellement admis

et les détenus de la population générale variaient considérablement d'une région à l'autre et selon l'année de déclaration.

Cas d'hépatite C selon le sexe

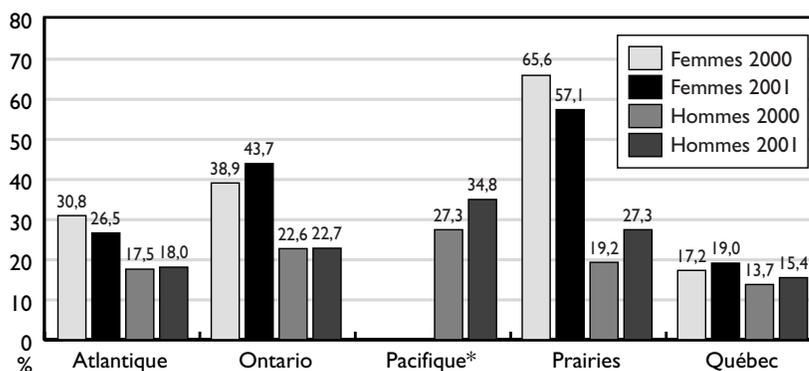
À la fin de l'année 2001, 41,2 % des femmes incarcérées et 23,2 % des hommes détenus vivaient avec l'hépatite C. Si on compare ces taux à ceux de l'année précédente, on note une légère baisse chez les femmes (42,4 % en 2000) et une augmentation chez les hommes (19,7 % en 2000).

Dans toutes les régions du SCC, on a signalé un taux d'infection à VHC plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 7). Chez les femmes, c'est la région des Prairies qui affichait le taux d'infection le plus élevé, suivie de l'Ontario et de l'Atlantique. Pour les hommes, c'est dans la région du Pacifique que le taux d'infection à VHC déclarée était le plus haut.

À l'exception des régions de l'Ontario et du Québec, le pourcentage de cas d'infection à VHC déclarés chez les femmes incarcérées a diminué dans toutes les régions en 2001. Une tendance inverse a été observée pour les hommes incarcérés, chez qui les pourcentages de cas d'infection à VHC ont connu des hausses inégales entre 2000 et 2001, dans toutes les régions.

Il y a plus de femmes que d'hommes qui ont subi un test de dépistage de l'hépatite C en 2000 et en 2001. Ces tests et leurs résultats ont révélé plus de cas chez les détenus de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin. C'est chez les détenus nouvellement admis au SCC qu'on note la plus grande différence entre le taux de participation au dépistage chez les hommes et chez les femmes. En effet, 45 % des femmes (tableau 7), comparativement à 26 % des hommes (tableau 8), se sont soumises volontairement à un test de dépistage du VHC en 2001. Les Services de santé

Figure 7. Résultats positifs pour le VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001



NOTES :

Pourcentage de tous les détenus dans une région

*Les détenus de la région du Pacifique sont hébergés dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001

peuvent profiter des examens gynécologiques systématiques pour offrir à nouveau aux femmes incarcérées des tests de dépistage du VHC.

Admission et libération de délinquants séropositifs pour le VHC

En 2001, près de 18,5 % (858 détenus) de tous les détenus nouvellement admis au SCC avaient déjà obtenu un diagnostic documenté d'infection à VHC; en 2000, le taux était de 16,2 % (747 détenus). Au cours de la même période, le nombre de détenus séropositifs pour le VHC qui ont été libérés a augmenté, pour passer de 1 156 personnes (9,1 % de la population totale des détenus à la fin de l'année) en 2000 à 1 506 (11,8 %) en 2001.

Traitement de l'hépatite C

Le traitement actuellement recommandé pour l'hépatite C est efficace chez 30 à 65 % des sujets¹⁵. La durée du traitement (24 à 48 semaines) et les effets secondaires qui y sont associés font en sorte qu'il est difficile pour les patients de le suivre. Le traitement

contre le VHC peut ne pas être donné pour un certain nombre d'autres raisons, notamment des contre-indications au traitement, le manque d'accès à des spécialistes dans la collectivité et la gravité des effets cliniques des affections comorbides. Les sujets qui souffrent d'une co-infection doivent faire l'objet d'une attention particulière, car la présence d'agents pathogènes multiples a souvent des répercussions sur l'évolution de l'infection et sur la réaction au traitement. Par conséquent, les pourcentages de personnes traitées parmi les détenus du SCC peuvent varier considérablement d'une région à l'autre et d'une année à l'autre.

Les détenus qui ont obtenu un diagnostic d'infection à VHC au SCC sont évalués en vue d'un traitement, y compris ceux qui ont été admis dans un établissement du système correctionnel fédéral avec un sérodiagnostic documenté. En 2001, 123 détenus ont entrepris un traitement contre l'infection à VHC, comparativement à 91 détenus en 2000.

Tableau 6. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=823) | (n=831) | (n=1 562) | (n=1 535) | (n=791) | (n=853) | (n=2 097) | (n=2 085) | (n=1 833) | (n=1 852) | (n=7 106) | (n=7 156) |
| Nombre de tests effectués | 49 | 29 | 663 | 626 | 87 | 89 | 633 | 907 | 151 | 257 | 1 583 | 1 908 |
| Pourcentage de tous les détenus nouvellement admis qui subissent un test (participation au dépistage) | 5,6 | 3,5 | 42,4 | 40,8 | 11,0 | 10,4 | 30,2 | 43,5 | 8,2 | 13,9 | 22,3 | 26,7 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VHC | 3 | 4 | 86 | 56 | 27 | 11 | 86 | 83 | 42 | 41 | 244 | 195 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 6,1 | 13,8 | 13,0 | 8,9 | 31,0 | 12,4 | 13,6 | 9,2 | 27,8 | 16,0 | 15,4 | 10,2 |
| Population générale | (n=1 092) | (n=1 169) | (n=3 338) | (n=3 423) | (n=1 814) | (n=1 812) | (n=3 080) | (n=3 010) | (n=3 357) | (n=3 341) | (n=12 681) | (n=12 755) |
| Nombre de tests effectués | 221 | 291 | 586 | 713 | 247 | 327 | 587 | 732 | 510 | 449 | 2 151 | 2 512 |
| Pourcentage de tous les détenus de la population générale qui subissent un test (participation au dépistage) | 20,2 | 24,9 | 17,6 | 20,8 | 13,6 | 18,0 | 19,1 | 24,3 | 15,2 | 13,4 | 17,0 | 19,7 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VHC | 31 | 31 | 77 | 108 | 52 | 53 | 80 | 113 | 49 | 62 | 289 | 367 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 14,0 | 10,7 | 13,1 | 15,2 | 21,1 | 16,2 | 13,6 | 15,4 | 9,6 | 13,8 | 13,4 | 14,6 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 270 | 320 | 1 249 | 1 339 | 334 | 416 | 1 220 | 1 639 | 661 | 706 | 3 734 | 4 420 |
| Nombre de nouveaux résultats positifs pour le VHC | 34 | 35 | 163 | 164 | 79 | 64 | 166 | 196 | 91 | 103 | 533 | 562 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 12,6 | 10,9 | 13,1 | 12,3 | 23,7 | 15,4 | 13,6 | 12,0 | 13,8 | 14,6 | 14,3 | 12,7 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale. Les chiffres pour les femmes comprennent seulement les détenues hébergées dans des établissements fédéraux pour femmes. Les détenues de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

Tableau 7. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus de sexe féminin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|--|------------|--------|---------|--------|-----------|----------|----------|---------|--------|--------|---------|---------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=58) | (n=38) | (n=89) | (n=98) | (n=s.o.) | (n=s.o.) | (n=111) | (n=129) | (n=45) | (n=60) | (n=303) | (n=325) |
| Nombre de tests effectués | 8 | 5 | 59 | 87 | - | - | 32 | 26 | 24 | 28 | 123 | 146 |
| Pourcentage de toutes les détenues nouvellement admises qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 13,8 | 13,2 | 66,3 | 88,8 | - | - | 28,8 | 20,2 | 53,3 | 46,7 | 40,6 | 44,9 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 1 | 0 | 7 | 2 | - | - | 9 | 7 | 2 | 3 | 19 | 12 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 12,5 | 0,0 | 11,9 | 2,3 | - | - | 28,1 | 26,9 | 8,3 | 10,7 | 15,5 | 8,2 |
| Population générale | (n=39) | (n=34) | (n=72) | (n=87) | (n=s.o.) | (n=s.o.) | (n=93) | (n=98) | (n=58) | (n=58) | (n=262) | (n=277) |
| Nombre de tests effectués | 4 | 6 | 0 | 0 | - | - | 30 | 47 | 3 | 4 | 37 | 57 |
| Pourcentage de toutes les détenues de la population générale qui subissent un test (<i>participation au dépistage</i>) | 10,3 | 17,7 | 0,0 | 0,0 | - | - | 32,3 | 48,0 | 5,2 | 6,9 | 14,1 | 20,6 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 1 | 0 | 0 | 0 | - | - | 13 | 22 | 0 | 0 | 14 | 22 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | - | 43,3 | 46,8 | 0,0 | 0,0 | 37,8 | 38,6 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 12 | 11 | 59 | 87 | - | - | 62 | 73 | 27 | 32 | 160 | 203 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 2 | 0 | 7 | 2 | - | - | 22 | 29 | 2 | 3 | 33 | 34 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (<i>positivité des tests</i>) | 16,7 | 0,0 | 11,9 | 2,3 | - | - | 35,5 | 39,7 | 7,4 | 9,4 | 20,6 | 16,7 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale. Les chiffres pour les femmes comprennent seulement les détenues hébergées dans des établissements fédéraux pour femmes.
s.o. = sans objet. Les détenues sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

Tableau 8. Dépistage des anticorps anti-VHC chez les détenus de sexe masculin des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| POPULATION TESTÉE | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| Nouvelles admissions | (n=765) | (n=793) | (n=1 473) | (n=1 437) | (n=791) | (n=853) | (n=1 986) | (n=1 956) | (n=1 788) | (n=1 792) | (n=6 803) | (n=6 831) |
| Nombre de tests effectués | 41 | 24 | 604 | 539 | 87 | 89 | 601 | 881 | 127 | 229 | 1 460 | 1 762 |
| Pourcentage de tous les détenus nouvellement admis qui subissent un test (participation au dépistage) | 5,4 | 3,0 | 41,0 | 37,5 | 11,0 | 10,4 | 30,3 | 45,0 | 7,1 | 12,8 | 21,5 | 25,8 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 2 | 4 | 79 | 54 | 27 | 11 | 77 | 76 | 40 | 38 | 225 | 183 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 4,9 | 16,7 | 13,1 | 10,0 | 31,0 | 12,4 | 12,8 | 8,6 | 31,5 | 16,6 | 15,4 | 10,4 |
| Population générale | (n=1 053) | (n=1 135) | (n=3 266) | (n=3 336) | (n=1 814) | (n=1 812) | (n=2 987) | (n=2 912) | (n=3 299) | (n=3 283) | (n=12 419) | (n=12 478) |
| Nombre de tests effectués | 217 | 285 | 586 | 713 | 247 | 327 | 557 | 685 | 507 | 445 | 2 114 | 2 455 |
| Pourcentage de tous les détenus de la population générale qui subissent un test (participation au dépistage) | 20,6 | 25,1 | 17,9 | 21,4 | 13,6 | 18,0 | 18,6 | 23,5 | 15,4 | 13,6 | 17,0 | 19,7 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 30 | 31 | 77 | 108 | 52 | 53 | 67 | 91 | 49 | 62 | 275 | 345 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 13,8 | 10,9 | 13,1 | 15,2 | 21,1 | 16,2 | 12,0 | 13,3 | 9,7 | 13,9 | 13,0 | 14,1 |
| Total | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de tests effectués | 258 | 309 | 1 190 | 1 252 | 334 | 416 | 1 158 | 1 566 | 634 | 674 | 3 574 | 4 217 |
| Nombre de résultats positifs pour le VHC | 32 | 35 | 156 | 162 | 79 | 64 | 144 | 167 | 89 | 100 | 500 | 528 |
| Nouveaux résultats positifs pour le VHC exprimés en pourcentage du nombre de tests effectués (positivité des tests) | 12,4 | 11,3 | 13,1 | 12,9 | 23,7 | 15,4 | 12,4 | 10,7 | 14,0 | 14,8 | 14,0 | 12,5 |

NOTES :

n = population carcérale cumulative à la fin de l'année pour ce qui est des nouvelles admissions et taille de la population carcérale à la fin de l'année pour ce qui est de la population générale.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

Conclusion

Selon des estimations globales faites au Canada, la prévalence du VHC dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux varie entre 25 et 40 % et correspond aux résultats fournis dans le présent rapport^{12,13}. Les taux d'infection à VHC déclarés au SCC semblent se situer dans les limites des taux observés lors d'enquêtes menées auprès de détenus en Angleterre et au pays de Galles¹⁶ (7 %), en Écosse¹⁷ (20%), en Irlande¹⁸ (22 %), au Brésil¹⁹ (34 %), aux États-Unis²⁰ (38 %) et en Australie (39 %)21.

Plusieurs études ont révélé des taux élevés de prévalence et de transmission de l'infection à VHC chez les utilisateurs de drogues injectables^{21,22}. L'infection à VHC peut survenir peu après qu'une personne commence à faire usage de drogues injectables²³, ce qui fait que bon nombre de délinquants qui ont utilisé des drogues injectables dans le passé peuvent être déjà infectés à leur admission dans des établissements correctionnels. L'infection peut se propager dans des milieux comme ces établissements, où les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont susceptibles de partager du matériel d'injection non stérilisé ou mal nettoyé^{13,21,22,24}. Une étude menée en 1996 auprès de 192 détenus de l'établissement Springhill, en Nouvelle-Écosse, a révélé que 28 % des détenus étaient infectés par le VHC, mais que ce taux était beaucoup plus élevé chez les UDI (52 %) que chez les détenus qui ne s'injectaient pas de drogues (3 %)25. De plus, on a observé une prévalence deux fois plus élevée du VIH et du VHB chez les UDI que chez les détenus qui ne s'injectaient pas de drogues. Parmi les détenus qui ont déclaré

avoir utilisé des drogues injectables, 14 % affirment que la première incidence s'est produite au sein d'un établissement correctionnel, et 30 % affirment qu'une telle incidence s'est produite à l'établissement Springhill au cours des six mois précédant l'étude. De même, selon une enquête menée auprès des détenus du SCC en 1995, 4 285 détenus (11 %) avaient déclaré consommer des drogues injectables dans l'établissement où ils étaient incarcérés à ce moment-là²⁶.

Le nombre plus élevé de cas d'infection à VHC recensés dans la population carcérale générale du SCC par rapport à la population des détenus nouvellement admis demeure inexpliqué. Cela peut laisser supposer que bon nombre d'infections prévalentes ne sont pas détectées au moment de l'admission dans les établissements ou que le VHC continue à être transmis chez les détenus pendant leur incarcération. Même si l'infection peut survenir pendant l'emprisonnement, aucune étude canadienne ne prouve l'existence de ce phénomène.

Les personnes qui risquent le plus d'être infectées sont peut-être moins susceptibles de se faire tester, ce qui peut entraîner des schémas de dépistage tendancieux et la transmission continue de l'infection. De plus, les taux de participation au dépistage déclarés au SCC révèlent la nécessité d'un dépistage accru, notamment dans les régions où le pourcentage de personnes testées est bas. Bien qu'on ne puisse expliquer clairement les écarts régionaux entre les taux de participation au dépistage, ces écarts sont probablement attribuables aux différences régionales sur le plan des pratiques de dépistage du VHC et des activités de promotion.

Dans les établissements correctionnels un peu partout dans le monde, la réduction des méfaits est reconnue comme une stratégie efficace pour contrer les comportements à risque. Le programme d'entretien à la méthadone du SCC est une stratégie de réduction des méfaits qui permet de protéger une population réticente à employer les mesures de protection conventionnelles. Ce programme vise à diminuer la transmission par le sang des agents pathogènes, en décourageant le partage de matériel d'injection de drogues. Afin d'atteindre le même objectif, le SCC offre également de l'eau de Javel pour désinfecter le matériel d'injection. Au moment de la publication du présent rapport, le SCC ne prévoyait pas la mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues dans ses établissements.

Les soins dispensés aux détenus du SCC combinent traitement et mesures de prévention pour assurer une prise en charge holistique de l'infection à VHC. Le counseling offert avant et après le test aide les détenus à prendre des décisions éclairées, à mieux composer avec leur état de santé et à se renseigner afin de prévenir la transmission de la maladie. En s'efforçant de réduire les risques de transmission du VHC par la prévention et la réduction des méfaits, il serait possible d'abaisser fortement les taux d'hépatite C parmi les détenus sous responsabilité fédérale.

Références

- Patrick, D.M., J.A. Buxton, M. Bigham et coll. « Public health and hepatitis C », *Canadian Journal of Public Health*, 2000, vol. 91, suppl. n° 1, p. S18–S21, p. S19–S23.
- Holsen, D.S., S. Harthug et H. Myrnel. « Prevalence of antibodies to hepatitis C virus and association with intravenous drug abuse and tattooing in a national prison in Norway », *European Journal of Clinical, Microbiological and Infectious Diseases*, 1993, vol. 12, n° 9, p. 673–676.
- Nishioka, S.A. et T.W. Gyorkos. « Tattoos as risk factors for transfusion-transmitted diseases », *Internet Journal of Infectious Diseases*, 2001, vol. 5, n° 1, p. 27–34.
- Conry-Cantilena, C., M. Van Raden, J. Gibble et coll. « Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection », *New England Journal of Medicine*, 1996, vol. 334, n° 26, p. 1691–1696.
- Canadian Liver Foundation. « Hepatitis C: medical information update. National Hepatitis C Education Program », *Canadian Journal of Public Health*, 2000, vol. 91, suppl. n° 1, p. S4–S9.
- Lino, S. « Natural history of hepatitis B and C virus infections », *Oncology*, 2002, vol. 62, suppl. n° 1, p. 18–23.
- Organisation mondiale de la santé. « Hepatitis C », feuillet d'information de l'OMS, n° 164. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>. Consulté le 1^{er} mai 2002.
- Heintges, T. et J.R. Wands. « Hepatitis C virus: epidemiology and transmission », *Hepatology*, 1997, vol. 26, n° 3, p. 521–526.
- Chung, R., A. Kim et B. Polsky. « HIV/Hepatitis B and C co-infection: pathogenic interactions, natural history and therapy », *Antiviral Chemistry & Chemotherapy*, 2001, vol. 12, suppl. n° 1, p. 73–91.
- Santé Canada. « Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1999, vol. 25, n° S2, i-iii, p. 1–25.
- Zou, S., M. Tepper et S. El Saadany. « Prediction of hepatitis C burden in Canada », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2000, vol. 14, n° 7, p. 575–580.
- Prefontaine, R.G., R.K. Chaudhary et R.G. Mathias. « Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infection in correctional institutions in British Columbia », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 1994, vol. 5, n° 4, p. 153–156.
- Ford, P.M., M. Pearson, P. Sankar-Mistry et coll. « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, 2000, vol. 93, n° 2, p. 113–119.
- Allwright, S., F. Bradley, J. Long et coll. « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, 2000, vol. 321, n° 7253, p. 78–82.
- Canadian Association for the Study of the Liver. « Canadian consensus conference on the management of viral hepatitis », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2000, vol. 14, suppl. B, p. 5B–20B.
- Weild, A.R., O.N. Gill, D. Bennett et coll. « Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey », *Communicable Diseases and Public Health*, 2000, vol. 3, n° 2, p. 121–126.
- Gore, S.M., A.G. Bird, S.O. Cameron et coll. « Prevalence of hepatitis C in prisons: WASH-C surveillance linked to self-reported risk behaviours », *QJM*, 1999, vol. 92, n° 1, p. 25–32.
- Long, J., S. Allwright, J. Barry et coll. « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, 2001, vol. 323, n° 7323, p. 1209–1213.
- Massad, E., M. Rozman, R.S. Azevedo et coll. « Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission », *European Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 15, n° 5, p. 439–445.
- Vlahov, D., K.E. Nelson, T.C. Quinn et coll. « Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among male prison inmates in Maryland », *European Journal of Epidemiology*, 1993, vol. 9, n° 5, p. 566–569.
- Crofts, N., T. Stewart, P. Hearne et coll. « Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants », *British Medical Journal*, 1995, vol. 310, n° 285–288.
- Thomas, D.L., D. Vlahov, L. Solomon et coll. « Correlates of hepatitis C virus infections among injection drug users », *Medicine*, 1995, vol. 74, n° 4, p. 212–220.
- Garfein, R.S., D. Vlahov, N. Galai et coll. « Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses », *American Journal of Public Health*, 1996, vol. 86, n° 5, p. 655–661.
- van Beek, I., R. Dwyer, G.J. Dore et coll. « Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study », *British Medical Journal*, 1998, vol. 317, n° 7156, p. 433–437.
- Black S. *Rapport sur le projet Springhill*, Service correctionnel du Canada, 1999.
- Service correctionnel du Canada. *Sondage national auprès des détenus : rapport final*, 1995, *Recherche et développement correctionnels*, 1996.

Hépatite B

L'hépatite B est une infection virale du foie qui peut être évitée par la vaccination et qui frappe environ 700 personnes par année dans notre pays¹. D'après les estimations, la prévalence du virus de l'hépatite B (VHB) est de 0,5 à 1,0 %, avec des écarts notables selon l'âge, l'origine ethnique et les facteurs de risque^{2,3}. Au Canada, les principaux modes de transmission du VHB sont la voie percutanée et la transmission sexuelle¹. Par conséquent, les personnes qui partagent des aiguilles contaminées pour s'injecter des drogues, qui ont des partenaires sexuels multiples ou des relations sexuelles avec des sujets infectés par le VHB sont plus exposées à l'infection.

L'infection à VHB aiguë est asymptomatique chez 50 à 70 % des adolescents et des adultes⁴. De plus, la gravité clinique de l'infection augmente avec la présence de co-infections, comme l'hépatite A et l'hépatite C⁵.

On signale un taux plus élevé d'hépatite B chez les détenus des établissements correctionnels que dans la population générale^{6–8}. Les professionnels de la santé croient que les efforts déployés pour empêcher que les détenus se transmettent, par voie sanguine, des agents pathogènes comme le VIH et le VHC et aient ensuite à vivre avec leurs séquelles, auront également pour effet de réduire l'incidence de l'infection à VHB^{8,9}.

Taux d'infection par le VHB

En 2001, 43 cas (0,3 % de l'ensemble de la population carcérale) d'infection à VHB ont été recensés à la suite d'analyses sanguines effectuées pour détecter ce virus (ce chiffre comprend les cas d'infection à VHB aigus et chroniques). Cinquante-six pour cent de ces cas concernaient des détenus

de sexe masculin de la région du Québec (figure 8). Pour les femmes, des cas n'ont été signalés que dans la région des Prairies.

En 2000, 13 cas (0,1 %) d'infection à VHB ont été signalés dans les établissements du SCC. Tous les cas repérés concernaient des détenus de sexe masculin. Près des deux tiers des cas appartenaient aux régions de l'Ontario et du Québec.

EN RÉSUMÉ

- Le nombre de nouveaux cas d'hépatite B déclarés (y compris les cas d'infection aigus et chroniques) est passé de 13 en 2000 à 43 en 2001.
- Presque tous les cas d'hépatite B signalés pendant ces deux années (95 % en 2001 et 100 % en 2000) concernaient des détenus de sexe masculin.

Prévention et contrôle de l'hépatite B

En 1989, le SCC a lancé un programme d'immunisation contre l'hépatite B chez les détenus, programme mis sur pied à la lumière des recommandations pour le Canada¹⁰. Le vaccin contre l'hépatite B est un moyen sûr et efficace de prévenir l'infection à VHB. On encourage tous les détenus nouvellement admis à se faire vacciner, et le vaccin est disponible, sur demande, pendant toute la durée de la peine. Les rapports régionaux révèlent que la plupart des établissements comptent sur la vaccination plutôt que sur le dépistage actif pour réduire les taux de transmission du VHB. Au moment de la publication du présent rapport, il n'y avait pas d'information disponible sur le pourcentage de détenus vaccinés chaque année contre l'hépatite B.

L'intégration de l'immunisation, de l'éducation et du traitement continue d'être la stratégie la plus souvent utilisée pour prévenir la

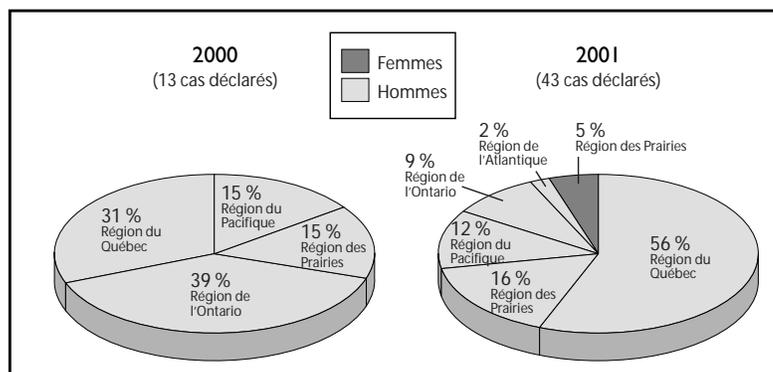
propagation de l'hépatite B chez les détenus des établissements correctionnels fédéraux.

Conclusion

Le taux élevé de cas d'hépatite B relevés par le SCC révèle le besoin de continuer à vacciner les détenus contre le VHB. La période d'incarcération est probablement la meilleure occasion d'offrir des tests de dépistage et des vaccins aux sujets à risque. Le retraçage des contacts possibles et la notification aux partenaires sont des mesures de santé publique qui peuvent contribuer à prévenir l'hépatite B et à en réduire la prévalence dans les pénitenciers canadiens.

Étant donné l'absence de programme systématique de dépistage du VHB chez les détenus, il sera important de saisir les données sur l'immunisation contre le VHB dans le SSMI-SCC.

Figure 8. Nouveaux cas d'hépatite B déclarés dans les pénitenciers fédéraux canadiens, selon le sexe, en 2000 et en 2001



NOTES :

Pourcentage de tous les détenus dans une région.

Aucun cas signalé chez les femmes dans les régions de l'Atlantique, de l'Ontario, du Pacifique et du Québec en 2001.

Aucun cas signalé chez les femmes en 2000.

Aucun cas signalé chez les hommes dans la région de l'Atlantique en 2000.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001

Références

1. Zhang, J., S. Zou, A. Giulivi. « L'hépatite B au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2001, vol. 27, n° S3, p. 10-13.
2. Sherman, M. « The epidemiology of hepatitis B in Canada », *The Hepatitis Information Network Hepatitis Update* (juin 1996). <http://www.hepnet.com/update5.html>. Consulté le 3 mai 2002.
3. Canadian Association for the Study of the Liver. « Canadian consensus conference on the management of viral hepatitis », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2000, vol. 14, suppl. B, p. 5B-20B.
4. Shapiro, C.N. « Epidemiology of hepatitis B », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1993, vol. 12, p. 433-437.
5. Levine, O.S., D. Vlahov, K.E. Nelson. « Epidemiology of hepatitis B virus infections among injecting drug users: seroprevalence, risk factors, and viral interactions », *Epidemiology Review*, 1994, vol. 16, n° 2, p. 418-436.
6. Pallas, J.R., C. Farinas-Alvarez, D. Prieto et coll. « Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users », *European Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 15, n° 8, p. 699-704.
7. Long, J., S. Allwright, J. Barry et coll. « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, 2001, vol. 323, n° 7323, p. 1209-1213.

8. Prefontaine, R.G., R.K. Chaudhary et R.G. Mathias. « Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infection in correctional institutions in British Columbia », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 1994, vol. 5, n° 4, p. 153-156.
9. Rotily, M., C. Vernay-Vaisse, M. Bourliere et coll. « HBV and HIV testing, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France », *International Journal of STD and AIDS*, 1997, vol. 8, n° 12, p. 753-759.
10. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 6^e édition, Comité consultatif national de l'immunisation, 2002.

Maladies transmises sexuellement

Les maladies transmises sexuellement (MTS) sont une cause importante de maladie aiguë et d'infertilité, et elles peuvent laisser des séquelles durables¹. Leurs répercussions sur la santé s'aggravent par le fait qu'elles peuvent faciliter la propagation de l'infection à VIH^{2,3}. Bien que les femmes, tout particulièrement vulnérables aux effets à long terme des MTS, soient le point de mire des efforts de prévention, les hommes demeurent une cible importante dans la lutte contre la transmission des MTS.

Comme les MTS sont parfois associées à une stigmatisation sociale, elles tendent à être sous-diagnostiquées et, par conséquent, non traitées. Il est probable que la plupart des MTS ne soient pas déclarées parce que les gens ne font soigner que les symptômes. Une foule d'agents pathogènes importants tels que *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* peuvent être présents chez les détenus sans que ceux-ci aient de symptômes. Étant donné que le dépistage des MTS se fait sur une base volontaire, les détenus peuvent sous-estimer le degré de risque qu'ils représentent et refuser les tests offerts. Ainsi, le diagnostic chimique, de même que la détection de ces agents pathogènes par des tests de laboratoire, conservent leur importance pour la prise en charge des MTS. La recherche d'autres cas et la notification aux partenaires restent des éléments critiques de la stratégie de lutte contre les MTS.

Les taux croissants de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis dans la population générale au Canada font ressortir davantage le besoin d'une surveillance plus étroite de ces infections chez les détenus⁴. Ces derniers peuvent présenter un risque de MTS à cause de comportements à risque élevé adoptés avant l'incarcération, comportements qui peuvent inclure la prostitution et les relations sexuelles non protégées, y compris avec des partenaires multiples^{5,6}. Malheureusement, les données concernant les MTS dans les établissements correctionnels sont rares. Ce manque de données sur les MTS chez les détenus est attribuable à l'absence de programme systématique de dépistage de ces maladies dans les établissements correctionnels⁶.

EN RÉSUMÉ

- Les taux de chlamydia génitale (0,18 % en 2001), de gonorrhée (0,10 % en 2001) et de syphilis (aucun cas déclaré) n'ont relativement pas changé par rapport à ceux de 2000.
- C'est chez les détenus de la région des Prairies qu'on a observé les taux les plus élevés de chlamydia (0,4 % en 2001) et de gonorrhée (0,4 % en 2001).
- En 2000-2001, de 80 à 90 % des cas de MTS concernaient des détenus de sexe masculin.
- L'absence de programme systématique de dépistage chez les personnes présentant un risque élevé de contracter une MTS laisse supposer que les taux déclarés sont sous-évalués par rapport aux taux réels chez les détenus.

Chlamydia génitale (*chlamydia trachomatis*)

La chlamydia est la MTS bactérienne la plus fréquemment signalée au Canada; en 2001, son taux de prévalence était évalué à 0,15 % et se révélait encore plus élevé chez certains groupes à risque⁷. Plus de 50 % des hommes et plus de 70 % des femmes peuvent être asympto-

matiques malgré la présence d'une infection active^{1,8}. Par conséquent, on croit que les cas d'infection demeurent grandement sous-diagnostiqués.

La chlamydia dans les établissements du SCC

En 2001, les établissements du SCC ont signalé 23 cas (0,18 %) de chlamydia génitale, dont 91 % concernaient des détenus de sexe masculin. Sur les 21 cas (0,17 %) signalés en 2000, 86 % touchaient des hommes (tableau 9).

C'est dans la région des Prairies que la majorité des cas de chlamydia ont été signalés parmi les détenus (52 % de tous les cas en 2001 et 76 % en 2000). L'Atlantique est la seule région où aucun cas de chlamydia n'a été déclaré pendant ces deux années. Il faut noter que les taux déclarés dans les régions varient probablement en fonction des niveaux de dépistage.

Gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*)

La gonorrhée vient au second rang parmi les MTS les plus souvent signalées au Canada; en 2001, son taux de prévalence dans la population générale était évalué à 0,02 %⁷. C'est chez les hommes de 20 à 24 ans et les femmes de 15 à 19 ans que l'on rencontre la majorité des cas déclarés dans la population canadienne^{1,8}.

La résistance accrue des souches gonococciques aux antibiotiques actuels⁹ met en lumière la nécessité d'assurer un traitement efficace et de faire un suivi des contacts sexuels récents, dans les pénitenciers et dans la collectivité. Étant donné que plus de 50 % des cas sont asymptomatiques⁷, en particulier chez les femmes, la transmission de la gonorrhée pourrait continuer sans fléchir chez les sujets non traités et leurs partenaires sexuels.

Tableau 9. MTS bactériennes déclarées chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001.

| MALADIE TRANSMISE SEXUELLEMENT | ATLANTIQUE | | ONTARIO | | PACIFIQUE | | PRAIRIES | | QUÉBEC | | TOTAL | |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| | (n=1 092) | (n=1 169) | (n=3 338) | (n=3 423) | (n=1 814) | (n=1 812) | (n=3 080) | (n=3 010) | (n=3 357) | (n=3 341) | (n=12 681) | (n=12 755) |
| Chlamydia | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de nouveaux résultats positifs | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 2 | 16 | 12 | 3 | 5 | 21 | 23 |
| Nouveaux résultats positifs exprimés en pourcentage de la population carcérale | 0,0 | 0,0 | 0,06 | 0,12 | 0,0 | 0,11 | 0,52 | 0,40 | 0,09 | 0,15 | 0,17 | 0,18 |
| Gonorrhée | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de nouveaux résultats positifs | 0 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 5 | 12 | 0 | 0 | 11 | 13 |
| Nouveaux résultats positifs exprimés en pourcentage de la population carcérale | 0,0 | 0,0 | 0,15 | 0,03 | 0,06 | 0,0 | 0,16 | 0,40 | 0,0 | 0,0 | 0,09 | 0,10 |
| Syphilis | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de nouveaux résultats positifs | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nouveaux résultats positifs exprimés en pourcentage de la population carcérale | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

NOTES :

n = taille de la population carcérale générale à la fin de l'année. Les chiffres pour les femmes comprennent seulement les détenues hébergées dans des établissements fédéraux pour femmes.

Les détenues sous responsabilité fédérale de la région du Pacifique sont incarcérées dans un établissement provincial et ne sont pas prises en compte dans ces résultats.

Source : Service correctionnel du Canada, Système de surveillance des maladies infectieuses, 2000 et 2001. Les données sur la population carcérale ont été fournies par la Gestion du rendement, Service correctionnel du Canada, 2002.

La gonorrhée dans les établissements du SCC

En 2001, 13 cas (0,10 %) de gonorrhée ont été signalés chez les détenus du SCC, dont 85 % concernaient des détenus de sexe masculin. Les 11 cas enregistrés (0,09 %) en 2000 touchaient des détenus de sexe masculin (tableau 9).

La moitié de tous les cas de gonorrhée signalés en 2000 ont été recensés dans la région des Prairies; tout comme les 12 cas sur 13 enregistrés en 2001.

Syphilis infectieuse (*Treponema pallidum*)

Au Canada, des cas de syphilis sont souvent observés chez les hommes de 20 à 25 ans. Ces cas surviennent généralement dans des régions où la maladie demeure prévalente^{1,8}.

La syphilis dans les établissements du SCC

Aucun cas de syphilis n'a été signalé dans les établissements du SCC en 2000 et en 2001 (tableau 9).

Conclusion

On sait que les détenus s'adonnent à des activités sexuelles dans les établissements correctionnels¹⁰⁻¹². Les relations sexuelles non protégées entre hommes sont non seulement associées à l'infection à VIH, mais elles ont aussi une influence sur la transmission des autres MTS¹³⁻¹⁶.

L'introduction dans les pénitenciers fédéraux, en 1992, de condoms pour hommes, de digues dentaires et de lubrifiants à base aqueuse n'est qu'une des composantes de la stratégie de prévention des MTS.

Comme il a été mentionné précédemment, il faut procéder à un suivi approprié des cas de MTS, mesures qui comprennent la notification aux partenaires, les tests de dépistage et le traitement de tous les contacts sexuels récents. Grâce aux progrès réalisés récemment dans les techniques de dépistage rapide non effractives comme les analyses d'urine, le dépistage des MTS dans les établissements correctionnels est devenu plus accessible et mieux accepté par les personnes qui veulent se faire tester. Toutefois, malgré l'existence de ces tests, les résultats de rapports isolés laissent présumer que la participation au dépistage n'a pas augmenté au SCC. Étant donné que la plupart des MTS sont asymptomatiques, les fournisseurs de soins de santé dans les établissements correctionnels peuvent ignorer la prévalence réelle de ces maladies dans la population des détenus, et continuer à réserver les tests de dépistage des MTS aux cas dans lesquels les symptômes sont évidents. L'évaluation en vue du dépistage des MTS devrait tenir compte des antécédents de MTS du détenu, ainsi que des comportements sexuels à risque associés à l'infection. Il faut recourir dans une plus grande mesure au dépistage systématique pour les sujets à risque et améliorer la capacité de surveillance, pour mieux définir la morbidité des MTS chez les détenus sous responsabilité fédérale. On peut consulter les Lignes directrices canadiennes pour les MTS⁸ afin d'obtenir des renseignements sur les groupes à risque pour lesquels on devrait effectuer un dépistage ciblé dans les pénitenciers.

Références

1. Santé Canada. *Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : rapport de surveillance 1998 et 1999*. Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2000, vol. 26, n° S6.
2. Wasserheit, J.N. « Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases », *Sexually Transmitted Diseases*, 1992; 19 (2): 61-77.
3. Cohen, M.S., I.F. Hoffman, R. Royce et coll. « Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1 », *Lancet*, 1997, vol. 349, p. 1868-1873.
4. Patrick, D.M., T. Wong et R. Jordan. « Sexually transmitted infections in Canada: recent resurgence threatens national goals », *Canadian Journal of Human Sexuality*, 2002, vol. 9, p. 149-165.
5. Blank, S., D.D. McDonnell, S.R. Rubin et coll. « New approaches to syphilis control. Finding opportunities for syphilis treatment and congenital syphilis prevention in a women's correctional setting », *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, vol. 24, n° 4, p. 218-226.
6. Cohen, D., R. Scribner, J. Clark et coll. « The potential role of custody facilities in controlling sexually transmitted diseases », *American Journal of Public Health*, 1992, vol. 82, n° 4, p. 552-556.
7. Santé Canada. *Comparaison des cas rapportés et des taux de MTS à déclaration obligatoire du 1^{er} janvier au 31 mars 2002 et du 1^{er} janvier au 31 mars 2001*, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS. http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/std-mts/stdcases-casmts/index_f.htm Consulté le 1^{er} juillet 2002.
8. Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Édition de 1998. Division de la prévention et du contrôle des MTS, 1998.
9. Knapp, J.S., K.K. Fox, D.L. Trees et coll. « Fluoroquinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae* », *Emerging Infectious Diseases*, 1997, vol. 3, p. 33-39.
10. Bird, A.G., S.M. Gore, D.W. Jolliffe et coll. « Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh », *AIDS*, 1992, vol. 6, n° 7, p. 725-733.
11. Glass, G.E., W.J. Hausler, P.L. Loeffelholz et coll. « Seroprevalence of HIV antibody among individuals entering the Iowa Prison System », *American Journal of Public Health*, 1988, vol. 78, n° 4, p. 447-449.
12. Rothon, D.A., F.R.G. Mathias et M.T. Schechter. « Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1994, vol. 151, n° 6, p. 781-787.
13. Gaughwin, M.D., R.M. Douglas, C. Liew et coll. « HIV prevalence and risk behaviours for HIV transmission in South Australian prisons », *AIDS*, 1991, vol. 5, n° 7, p. 845-851.
14. van Hoeven, K.H., W.C. Rooney Jr., S.C. Joseph. « Evidence for gonococcal transmission within a correctional system », *American Journal of Public Health*, 1990, vol. 80, n° 12, p. 1505-1506.
15. Power, K.G., I. Markova et A. Rowlands. « Sexual behavior in Scottish prisons », *British Medical Journal*, 1991, vol. 303, n° 6805, p. 783.
16. Kennedy, D.H., G. Nair, L. Elliott, et coll. « Drug misuse and sharing of needles in Scottish prisons », *British Medical Journal*, 1991, vol. 302, n° 6791, p. 1507.

ANALYSE

Le rapport intitulé *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001* est le premier en son genre au Canada. Il fait appel à des données de surveillance recueillies de façon systématique pour fournir un tableau des maladies infectieuses dans le milieu carcéral. Il vise principalement à examiner en profondeur la santé des détenus en présentant des données pertinentes à la gestion épidémiologique de l'infection et de la maladie dans les pénitenciers fédéraux. Grâce au temps, à l'énergie et aux efforts qui ont été consacrés, on a pu établir des normes uniformes pour la communication et l'évaluation des données de surveillance dans tous les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC).

Une des forces du Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC (SSMI-SCC) est sa capacité de faire la distinction entre les infections recensées chez les détenus nouvellement admis et celles décelées dans la population carcérale générale. Le profil de risque des détenus nouvellement admis peut différer de celui des détenus de la population générale en raison des comportements à risque adoptés à l'extérieur du milieu carcéral, qui sont différents de ceux que l'on observe à l'intérieur des pénitenciers. Parmi les infections détectées chez les détenus de la population générale, on note, entre autres, des infections chroniques non décelées au moment de l'admission et des infections qui ont peut-être été contractées pendant l'incarcération (soit auprès de contacts de la collectivité ou du pénitencier). Toutefois, jusqu'à présent, aucune étude sur la séroincidence n'a été effectuée dans les établissements du SCC pour déterminer si les détenus contractent des infections transmissibles par le sang ou des MTS pendant leur emprisonnement.

Les conclusions du rapport font ressortir l'importance d'avoir des données de surveillance pour suivre et évaluer les tendances sur le plan de la santé des détenus. Les données obtenues par la surveillance aident à la prise de décisions de principe qui influent sur les stratégies et les pratiques de soins de santé visant à réduire la prévalence des maladies infectieuses dans les établissements correctionnels fédéraux. La prévention de l'infection et de la maladie qui s'ensuit aide à rehausser la qualité de vie des détenus et à réduire le fardeau du système de santé, car elle permet d'éviter les coûts élevés des traitements.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Le taux élevé de prévalence des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux soulève plusieurs inquiétudes concernant 1) la demande accrue de soins, de traitements et de soutien appropriés pour les détenus infectés, 2) le risque que courent les employés et les détenus de contracter une maladie s'ils sont exposés à du sang ou à des fluides organiques venant d'un détenu infecté et 3) le risque accru, sur le plan de la santé publique, que représente la réinsertion sociale des détenus infectés. Une combinaison de tests de dépistage, de traitements et d'initiatives d'éducation est essentielle pour prévenir la transmission des maladies infectieuses dans le milieu carcéral.

La stratégie de prévention et de contrôle des maladies du SCC comporte de multiples facettes. Elle préconise le recours aux pratiques exemplaires et aux connaissances découlant des études et des politiques actuelles pour remédier au problème des maladies infectieuses chez les détenus sous responsabilité fédérale. Le SCC entend élargir ses services de diagnostic et de traitement de manière

à ce que les détenus infectés soient repérés beaucoup plus tôt dans l'évolution de l'infection et qu'ils puissent bénéficier plus rapidement de soins et de traitements. La sensibilisation des détenus demeure l'une des principales composantes des stratégies de promotion et de protection de la santé des populations carcérales. Le SCC encourage les initiatives de sensibilisation par les pairs et la participation des détenus à l'élaboration de programmes de prévention. Il importe de permettre aux détenus d'acquérir des compétences appropriées qui les prépareront à la vie active, ainsi que des mécanismes d'adaptation, et de leur enseigner des comportements qui contribueront à réduire le risque avant leur libération, afin de limiter l'incidence des maladies infectieuses sur la santé publique.

Le dépistage offert aux détenus nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral pourrait être l'une des meilleures occasions de repérer les cas d'infection prévalente.

Le taux élevé de prévalence des infections à VIH et à VHC déclarées dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada constitue un défi de taille pour ceux qui veulent combattre ces agents pathogènes. Il est essentiel de réaliser des progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses au sein des pénitenciers fédéraux si l'on veut éliminer graduellement ces maladies dans l'ensemble de la population canadienne. Étant donné les écarts régionaux marqués dans les taux de participation au dépistage, il importe de déployer plus d'efforts en ce domaine dans les régions où le taux est faible, pour assurer une meilleure comparabilité des résultats entre les régions dans l'avenir.

Le SCC continue d'offrir activement des séances de consultation, ainsi que des tests de dépistage

volontaires à tous les détenus. Le dépistage offert aux détenus nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral pourrait être l'une des meilleures occasions de repérer les cas d'infection prévalente. Étant donné que le dépistage est volontaire, les personnes infectées ne sont pas toutes diagnostiquées et traitées, en particulier celles qui pourraient être le plus à risque.

Les raisons pour lesquelles un détenu pourrait refuser de participer au dépistage sont complexes; elles comprennent des facteurs tels que des opinions erronées sur le niveau de risque, la crainte de la procédure de dépistage, une aversion pour le système de santé, la peur de découvrir qu'on est infecté et la crainte de s'exposer à la réprobation des autres détenus s'ils découvrent qu'on est infecté¹⁻⁴. Dans l'avenir, une façon d'accroître la participation au dépistage volontaire pourrait être de recourir à des tests non effractifs et efficaces qui pourraient remplacer les analyses sanguines, par exemple les analyses de salive et d'urine⁵.

La notification aux partenaires constitue une composante majeure de la surveillance des maladies transmissibles. Les détenus qui obtiennent un résultat positif à un test de dépistage de maladie infectieuse peuvent parfois être réticents à divulguer de l'information sur leurs contacts ou leurs comportements, qui peuvent être stigmatisés ou jugés inappropriés ou illicites. Les travailleurs de la santé en établissement doivent donc assurer la confidentialité de l'information divulguée, encourager les personnes atteintes à communiquer directement avec leurs contacts ou leur offrir d'autres solutions pour le suivi des contacts.

La réduction des taux d'infection chez les détenus nécessitera de vastes efforts de prévention pour répondre aux besoins des personnes à risque élevé. Il faudra continuer à coordonner les activités de prévention avec les pouvoirs locaux en matière de santé publique et d'autres groupes de santé communautaire, de manière à assurer le plus possible la continuité des soins à l'extérieur du milieu carcéral. La collaboration avec les organismes communautaires vise à fournir des services adaptés à la culture et au sexe de la personne. Ces services et les programmes offerts dans le milieu carcéral couvrent toute une gamme de stratégies de prévention des maladies infectieuses.

L'incarcération est une occasion précieuse de fournir aux détenus de l'information sur :

- 1) la transmission des maladies infectieuses,
- 2) les pratiques favorables à la santé,
- 3) la gamme de services de santé qui leur sont offerts pendant leur incarcération,
- 4) les ressources communautaires dont ils disposeront lorsqu'ils seront libérés.

Populations vulnérables

Les femmes et les Autochtones ont été identifiés comme des populations vulnérables à l'infection à VIH et à l'hépatite C au Canada^{6,7}. Les taux élevés d'infection dans ces groupes se reflètent dans la population carcérale (p. ex., les taux élevés d'infection à VIH et à VHC chez les détenues). La réduction des MTS, y compris l'infection à VHB, devrait être considérée comme une stratégie complémentaire de lutte contre les infections à VIH et à VHC.

Les taux croissants d'infection à VIH chez les femmes canadiennes reflètent les taux élevés d'infection à VIH que l'on continue d'observer chez les femmes incarcérées.

Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) présentent également un risque accru de contracter une infection à VIH ou à VHC. Ils constituent une grande proportion des détenus qui souffrent d'infections causées par des agents pathogènes transmissibles par le sang dans les établissements carcéraux à l'échelle mondiale¹⁻³. Au Canada, la stratégie du SCC axée sur la lutte contre la toxicomanie dans les établissements fédéraux vise à limiter l'accès aux drogues et la demande de drogues dans la population carcérale, ainsi qu'à réduire les méfaits associés à la consommation de drogues. La stratégie de réduction des méfaits vise principalement à informer les détenus sur les façons de réduire au minimum les conséquences négatives de leurs comportements à risque et à leur offrir un choix de solutions qui leur permettront d'atteindre ce but.

On modifie actuellement le SSMI-SCC pour y inclure des données plus détaillées, qui permettront de mieux définir les tendances en ce qui concerne l'incidence et la prévalence des maladies infectieuses chez les populations vulnérables.

Limites des données

Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les tendances relevées dans les cas signalés d'infection à VIH, d'hépatite B et d'hépatite C, ainsi que de MTS, car un certain nombre de facteurs peuvent contribuer à ces tendances. Par exemple, des tests de confirmation sont parfois effectués pour valider un diagnostic, et sont déclarés par les établissements dans le cadre des activités de surveillance. Comme les données de surveillance communiquées ne permettent pas d'identifier les personnes infectées, on ne fait pas la distinction entre les tests et les résultats positifs multiples associés à un même détenu. Par conséquent, cela influe sur le calcul du

taux de participation au dépistage, du taux de positivité des tests et des taux d'infection. Il faut noter également que les tests positifs ne représentent pas tous de nouveaux diagnostics. Les détenus qui ont subi des tests cliniques administrés par le SCC ont peut-être déjà été testés auparavant dans la collectivité ou lors d'une peine purgée antérieurement sans avoir signalé leur infection au SCC.

Les données qui figurent dans le présent rapport comprennent tous les cas de maladie déclarés chez les détenus qui se sont faits tester ou traiter. Ces données peuvent être faussées quand des détenus à risque élevé refusent de subir les tests de dépistage et sont ainsi exclus systématiquement des données de surveillance. De plus, les pourcentages de cas de maladie déclarés peuvent sous-évaluer la prévalence réelle de la maladie si les détenus n'ont pas divulgué leur maladie au SCC ou s'ils ignorent qu'ils sont infectés parce qu'ils n'ont pas subi de test. En outre, la fenêtre sérologique de nombreux agents infectieux peut empêcher leur détection lors du dépistage. Ainsi, les détenus ayant passé un test durant cette période peuvent obtenir de faux résultats négatifs.

Pour plusieurs raisons, il faut être prudent lorsqu'on compare les données entre les régions et entre les hommes et les femmes. Premièrement, les écarts régionaux entre les taux d'infection correspondent aux différents niveaux de risque auxquels les personnes sont exposées dans diverses collectivités. Les taux d'infection dans le milieu carcéral peuvent témoigner, en partie, de la prévalence de l'infection chez les personnes à degré de risque semblable dans la collectivité. La prévalence de l'infection chez les détenus, ainsi que la fréquence de leurs comportements à risque avant et pendant leur incarcération influent sur le risque de transmission de l'infection.

Deuxièmement, les taux d'infection globaux qui comprennent les hommes et les femmes sont influencés plus fortement par le pourcentage d'hommes, qui est plus élevé dans la population carcérale.

Les prochains numéros du rapport devraient contenir des données de meilleure qualité. Le SCC reconnaît que les données actuellement disponibles ne permettent pas toujours de faire des interprétations exactes. Plusieurs aspects de la qualité des données, comme l'exhaustivité, l'exactitude et le caractère opportun des rapports de surveillance, font présentement l'objet d'un examen au SCC. Le SCC déploie des efforts pour moderniser les activités de surveillance et mieux les intégrer à l'intérieur de ses établissements et des différentes régions. On s'efforce actuellement de mieux sensibiliser les fournisseurs de soins de santé au sujet de leurs responsabilités en matière de communication systématique des données de surveillance à l'AC-SCC. La mise en œuvre d'un mécanisme de déclaration des cas par personne permettra de mieux différencier les tests de dépistage en double et d'inclure des données démographiques sur les détenus, comme de l'information ventilée selon l'âge et le sexe. De plus, les données sur l'immunisation seront intégrées aux données de surveillance. Une information plus riche sur les caractéristiques de dépistage offrira un meilleur aperçu des groupes les plus à risque.

Conclusion

Les données recueillies par le SSMI-SCC sont une source utile d'information qui nous permettra de mieux comprendre les taux d'infection chez les

détenus des pénitenciers fédéraux canadiens. La surveillance est un aspect important des activités de prévention et de contrôle des maladies.

Le présent rapport fait ressortir un besoin d'amélioration dans plusieurs domaines de la prise en charge des maladies infectieuses dans les établissements correctionnels fédéraux. Les taux de dépistage de l'infection à VIH et de l'hépatite C ont augmenté de façon modeste entre 2000 et 2001. Toutefois, les données de surveillance révèlent qu'une large proportion de détenus ne subissent pas de test. Il est donc justifié d'accroître la participation au dépistage de l'infection à VIH et de l'hépatite C. L'intensification des activités de dépistage des MTS et de vaccination contre l'hépatite B permettra de mieux prévenir les maladies infectieuses. Les programmes de sensibilisation qui font connaître les régimes de traitement efficaces disponibles peuvent également contribuer à ces efforts.

Pour parvenir à une baisse continue des taux de maladies infectieuses et mettre fin au cycle de transmission des maladies, il faudra déployer de plus vastes efforts pour repérer les sujets séropositifs et effectuer des interventions efficaces de réduction du risque. Une stratégie de prévention efficace doit maximiser le recours aux initiatives de réduction des méfaits tout en offrant des programmes de sensibilisation adaptés au sexe et à la culture des personnes. Le renforcement des liens entre les pénitenciers et les services de santé publique communautaires peut assurer aux détenus la continuité des soins lorsqu'ils sont libérés.

Références

1. Allwright, S., F. Bradley, J. Long et coll. « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey », *British Medical Journal*, 2000, vol. 321, n° 7253, p. 78-82.
2. Ford, P.M., M. Pearson, P. Sankar-Mistry et coll. « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *QJM*, 2000, vol. 93, n° 2, p. 113-119.
3. Crofts, N., J.L. Hopper, R. Milner et coll. « Blood-borne virus infections among Australian injecting drug users: implications for spread of HIV », *European Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 10, n° 6, p. 687-694.
4. Behrendt, C., N. Kendig, C. Dambita et coll. « Voluntary testing for human immunodeficiency virus (HIV) in a prison population with a high prevalence of HIV », *American Journal of Epidemiology*, 1994, vol. 139, n° 9, p. 918-926.
5. Bauserman, R.L., M.A. Ward, L. Eldred et coll. « Increasing voluntary HIV testing by offering oral tests in incarcerated populations », *American Journal of Public Health*, 2001, vol. 91, n° 8, p. 1226-1229.
6. Santé Canada. « Enhanced Surveillance for Acute Hepatitis B and Hepatitis C », Division des infections acquises en milieu de soins de santé, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2001, vol. 27S3, p. 10-12.
7. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, avril 2002.

GLOSSAIRE

Sida : le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est une maladie mortelle causée par une infection à VIH. Le sida est diagnostiqué lorsqu'on constate la présence de certains indicateurs. La période moyenne entre l'infection à VIH et le diagnostic de sida dépasse maintenant 10 ans.

Asymptomatique (infection) : l'absence de symptômes malgré la présence de l'infection.

SSMI-SCC : système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada. Il s'agit du système utilisé pour surveiller les cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), d'hépatite B et C, et de maladie transmise sexuellement (MTS) parmi les détenus sous responsabilité fédérale dans les établissements du SCC. Les données du SSMI-SCC complètent les données du système qu'utilise le SCC pour surveiller les cas de tuberculose parmi les détenus sous responsabilité fédérale et le personnel correctionnel.

Population carcérale générale : aux fins du système de surveillance du SCC, un détenu est considéré faire partie de la population carcérale générale s'il se trouve sous la garde du SCC depuis plus de six semaines à compter de la date de détermination de sa peine et s'il se trouve incarcéré dans un établissement du SCC. Ce groupe comprend tous les délinquants en détention temporaire et les détenus sous responsabilité provinciale hébergés dans des établissements correctionnels fédéraux.

VHB : virus de l'hépatite B. Classe d'agents viraux qui causent la maladie clinique appelée hépatite; groupe de maladies du foie. L'hépatite A et l'hépatite B sont les seuls types d'hépatite virale pour lesquels il existe un vaccin.

VHC : virus de l'hépatite C. Classe d'agents viraux qui causent la maladie clinique appelée hépatite, groupe de maladies du foie. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C.

Test de dépistage des anticorps anti-VHC : test diagnostique effectué en laboratoire afin de déterminer si une personne a été infectée par le VHC.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine. Agent viral qui cause la maladie clinique appelée sida. Le VIH attaque le système immunitaire, ce qui entraîne une maladie chronique évolutive qui rend la personne infectée vulnérable aux infections opportunistes. Une personne infectée par le VIH n'a pas nécessairement le sida. L'infection à VIH affaiblit le système immunitaire de façon progressive et continue.

Test de dépistage des anticorps anti-VIH : test effectué en laboratoire de diagnostic pour déterminer si une personne a été infectée par le VIH.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie durant une période donnée.

Usage de drogues injectables : une méthode d'injection intraveineuse ou sous-cutanée de drogues à l'aide d'une aiguille ou d'une seringue.

Nouvelle admission : aux fins du système de surveillance du SCC, un détenu entre dans la catégorie des nouvelles admissions s'il se trouve sous la garde du SCC depuis moins de six semaines à compter de la date de détermination de sa peine et s'il a été accueilli par le SCC dans une unité de réception fédérale. Ce groupe comprend tous les nouveaux mandats de dépôt, les révocations, les échanges de services et les transfèrements.

Déclaration non nominative : système de déclaration qui ne fournit aucun renseignement sur l'identité aux représentants de la santé publique lors de la communication de données épidémiologiques.

Résultats positifs pour une maladie : nombre total de tests effectués pour une maladie donnée et qui donnent des résultats positifs (cas confirmés par des tests en laboratoire) au cours d'une période donnée. Le nombre de résultats positifs correspond au nombre de personnes qui ont subi un test, qui ont reçu un diagnostic de maladie et dont le cas a été signalé. Il ne représente pas nécessairement le nombre total de personnes atteintes d'une maladie (c.-à-d., la prévalence) ni le nombre de nouvelles personnes qui contractent l'infection chaque année (c.-à-d., l'incidence).

Prévalence : nombre total de personnes atteintes d'une maladie précise au cours d'une période donnée.

Facteur de risque : un comportement (p. ex., avoir des relations sexuelles non protégées) ou une caractéristique d'une personne (p. ex., l'âge) l'exposant à une forte probabilité de contracter une infection quelconque.

MTS : maladie transmise sexuellement. La transmission se fait par contact sexuel avec une personne infectée. Le SCC assure une surveillance des trois MTS bactériennes les plus fréquemment déclarées au Canada, soit la chlamydia génitale, la gonorrhée et la syphilis infectieuse.

Positivité des tests : le pourcentage de détenus qui se sont soumis volontairement à un test qui s'est révélé positif.

Taux de participation au dépistage : une estimation du pourcentage de l'ensemble de la population des détenus qui se soumettent volontairement à un test de dépistage.

Dépistage volontaire : lorsqu'un test est administré à quelqu'un qui a donné son consentement éclairé, on dit que cette personne se soumet à un « dépistage volontaire ». Ce test permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'une infection.

Fenêtre sérologique : période comprise entre l'apparition de l'infection et le moment où celle-ci devient diagnosticable. Au cours de cette période, les tests de dépistage des anticorps peuvent révéler des résultats négatifs du fait que les anticorps ne sont pas encore apparus, même si la personne a effectivement été infectée.

ANNEXE I

Coauteurs du rapport *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*

M. Prithwish De, M.Sc.S.

Épidémiologiste

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada

M^{me} Nancy Sutton, RN, B.Sc.Inf.

Coordonnatrice intérimaire du Programme national des maladies infectieuses

Services de santé

Service correctionnel du Canada

D^{re} Françoise Bouchard, MD, MPH, FRCPC

Directrice générale

Services de santé

Service correctionnel du Canada

D^r Donald Sutherland, MD, M.Sc. (Epi), MCommH, FRCPC

Conseiller principal en santé publique

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada

ANNEXE II

Coordonnateurs régionaux pour les maladies infectieuses, Service correctionnel du Canada

Chantal Fontaine

Coordonnatrice régionale pour les maladies infectieuses
Établissement Cowansville
C. P. 5000
Cowansville (Québec) J2K 3N7
Tél. : (450) 263-3073, poste 2816
Courriel : fontainech@csc-scc.gc.ca

Jane Jarrett

Coordonnatrice régionale pour les maladies infectieuses
Administration régionale de l'Ontario – Services de santé
C. P. 1174
Kingston (Ontario) K0H 1G0
Tél. : (613) 351-8502
Courriel : jarrettjs@csc-scc.gc.ca

Richard Johnson

Coordonnateur régional pour les maladies infectieuses
Centre psychiatrique régional des Prairies
C. P. 9243
2520, avenue Central
Saskatoon (Saskatchewan) S7K 3X5
Tél. : (306) 975-5382
Courriel : johnsonri@csc-scc.gc.ca

Odette LeBlanc-Pellerin

Coordonnatrice régionale pour les maladies infectieuses
Pénitencier de Dorchester – Services de santé
4902, rue Main
Dorchester (Nouveau-Brunswick) E0A 1M0
Tél. : (506) 379-4128
Courriel : pellerinom@csc-scc.gc.ca

Judy Macpherson

Coordonnatrice régionale pour les maladies infectieuses
Services de santé de la région du Pacifique
32560, avenue Simon, 2^e étage
Abbotsford (Colombie-Britannique) V2T 5L7
Tél. : (604) 870-2785
Courriel : macphersonjg@csc-scc.gc.ca

ANNEXE III

Établissements fédéraux participant au Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC, 2000 et 2001

| ÉTABLISSEMENTS (PAR RÉGION) | NIVEAU DE SÉCURITÉ | SEXÉ DES DÉTENUS DE L'ÉTABLISSEMENT | | NOMBRE TOTAL DE DÉTENUS | |
|--|--------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------|--------|
| | | HOMMES | FEMMES | 2000 | 2001 |
| Total du SCC | - | - | - | 12 681 | 12 755 |
| Hommes | - | - | - | 12 361 | 12 418 |
| Femmes | - | - | - | 320 | 337 |
| Atlantique | | | | 1 092 | 1 169 |
| Établissement Atlantique | Maximale | ✓ | | 162 | 183 |
| Pénitencier de Dorchester | Moyenne | ✓ | | 386 | 396 |
| Établissement Nova pour femmes | Niveaux multiples | | ✓ | 39 | 34 |
| Établissement Springhill | Moyenne | ✓ | ✓ | 355 | 398 |
| Établissement Westmorland | Minimale | ✓ | | 150 | 158 |
| Ontario | | | | 3 338 | 3 423 |
| Établissement Bath | Moyenne | ✓ | | 333 | 299 |
| Établissement Beaver Creek | Minimale | ✓ | | 175 | 165 |
| Établissement Collins Bay | Moyenne | ✓ | | 210 | 223 |
| Établissement Fenbrook | Moyenne | ✓ | | 377 | 380 |
| Établissement Frontenac | Minimale | ✓ | | 159 | 127 |
| Établissement Grand Valley pour femmes | Niveaux multiples | | ✓ | 72 | 87 |
| Maison Isabel McNeill | Minimale | | ✓ | 11 | 5 |
| Établissement Joyceville | Moyenne | ✓ | | 421 | 450 |
| Pénitencier de Kingston | Maximale | ✓ | | 394 | 400 |
| Établissement Millhaven | Maximale | ✓ | | 341 | 485 |
| Établissement Pittsburgh | Minimale | ✓ | | 170 | 150 |
| Centre régional de traitement | Maximale | ✓ | | 116 | 117 |
| Établissement Warkworth | Moyenne | ✓ | | 559 | 535 |
| Pacifique | | | | 1 814 | 1 812 |
| Établissement Elbow Lake | Minimale | ✓ | | 47 | 33 |
| Établissement Ferndale | Minimale | ✓ | | 101 | 109 |
| Établissement Kent | Maximale | ✓ | | 284 | 264 |
| Établissement Matsqui | Moyenne | ✓ | | 388 | 373 |
| Établissement Mission | Moyenne | ✓ | | 294 | 255 |
| Établissement Mountain | Moyenne | ✓ | | 330 | 432 |
| Centre régional de santé du Pacifique | Maximale | ✓ | | 140 | 119 |
| Centre régional de réception et d'évaluation | Niveaux multiples | ✓ | | 5 | 11 |
| Établissement William Head | Moyenne | ✓ | | 225 | 216 |
| Prairies | | | | 3 080 | 3 010 |
| Établissement Bowden | Moyenne/minimale | ✓ | | 574 | 576 |
| Établissement Drumheller | Moyenne/minimale | ✓ | | 577 | 424 |
| Établissement Edmonton | Maximale | ✓ | | 187 | 241 |
| Établissement Edmonton pour femmes | Niveaux multiples | | ✓ | 65 | 74 |
| Établissement Grande Cache | Minimale | ✓ | | 252 | 211 |
| Centre Grierson | Minimale | ✓ | | 25 | 11 |
| Pavillon de ressourcement Okimaw Ohci | Moyenne/minimale | | ✓ | 28 | 24 |
| Centre Pè Sâkâstêw | Minimale | ✓ | | 34 | 26 |
| Centre psychiatrique régional | Niveaux multiples | ✓ | ✓ | 181 | 161 |
| Établissement Riverbend | Minimale | ✓ | | 107 | 81 |
| Établissement Rockwood | Minimale | ✓ | | 142 | 126 |
| Pénitencier de la Saskatchewan | Moyenne | ✓ | ✓ | 430 | 485 |
| Pénitencier de la Saskatchewan (sécurité maximale) | Maximale | ✓ | | 79 | 75 |
| Établissement Stony Mountain | Moyenne | ✓ | | 399 | 495 |
| Québec | | | | 3 357 | 3 341 |
| Établissement Archambault | Moyenne | ✓ | | 281 | 327 |
| Établissement Cowansville | Moyenne | ✓ | | 479 | 434 |
| Établissement Donnacona | Maximale | ✓ | | 320 | 341 |
| Établissement Drummond | Moyenne | ✓ | | 246 | 264 |
| Centre fédéral de formation | Minimale | ✓ | | 366 | 310 |
| Établissement Joliette | Niveaux multiples | | ✓ | 58 | 58 |
| Établissement La Macaza | Moyenne | ✓ | | 294 | 266 |
| Établissement Leclerc | Moyenne | ✓ | | 459 | 497 |
| Établissement Montée Saint-François | Minimale | ✓ | | 204 | 170 |
| Établissement Port-Cartier | Maximale | ✓ | | 183 | 179 |
| Centre régional de réception | Maximale | ✓ | ✓ | 315 | 373 |
| Établissement Sainte-Anne-des-Plaines | Minimale | ✓ | | 152 | 122 |

Source : Service correctionnel du Canada, Gestion du rendement, 2002

